UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 34

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

BASEDOWIENS

ESSAI DE PATHOGÉNIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Mars 1912

PAR

E. MARQUIS-SÉBIE

Né à Vélines (Dordogne), le 15 février 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateur de la Thèse	CARRIEU, professeur, *Président.*	
	TÉDENAT, professeur.	
	DELMAS, agrégé.	*Assesseurs.*
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS FIRMIN ET MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

LES
TROUBLES PSYCHIQUES
BASEDOWIENS

ESSAI DE PATHOGÉNIE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 34

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

BASEDOWIENS

ESSAI DE PATHOGÉNIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Mars 1912

ACAD. LANGUED. BIBL.

PAR

E. MARQUIS-SÉBIE

Né à Vélines (Dordogne), le 15 février 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — CARRIEU, professeur, *Président.* ; TÉDENAT, professeur. ; DELMAS, agrégé. ; EUZIÈRE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS FIRMIN ET MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseignt de path. gl. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinque ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE. PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*
TEDENAT, *professeur.*
MM. DELMAS, *agrégé.*
EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

MARQUIS-SÉBIE.

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MARQUIS-SÉBIE.

LES

TROUBLES PSYCHIQUES

BASEDOWIENS

ESSAI DE PATHOGÉNIE

INTRODUCTION

L'importance des troubles psychiques basedowiens a été mise en relief par les premiers observateurs de la maladie de Graves.

L'état mental des exophtalmiques contribue, en effet, pour une large part, à leur donner un aspect clinique spécial. L'émotivité qu'ils présentent est inséparable des manifestations physiologiques du syndrome.

Peter (1) fait très justement remarquer l'analogie frappante qui existe entre les symptômes du goître exophtalmique et les troubles somatiques par lesquels se traduit l'émotion. Dans un cas comme dans l'autre, on observe du tremblement, des palpitations, des sueurs, de la diarrhée, de la polyurie et des troubles vaso-moteurs.

A un examen rapide, la maladie de Graves paraît donc constituée par des phénomènes physiologiques étroitement

(1) Peter. Le Goître exophtalmique. *Bull. méd.*, 23 avril 1890.

liés à un trouble psychique fondamental : l'émotivité. Celle-ci semble tenir sous sa dépendance la plupart des manifestations basedowiennes.

Mais, si un coup d'œil d'ensemble permet d'établir des analogies superficielles, une étude attentive des faits a pour conséquence de préciser leurs relations véritables.

La pathogénie du goître exophtalmique a été l'objet de travaux récents, dont la tendance générale est d'expliquer ce syndrome par des troubles sécrétoires thyroïdiens. Divers auteurs ont pu rattacher à cette intoxication endocrinique la plupart des symptômes physiques de la maladie.

Il nous a paru intéressant de rechercher si la même interprétation était applicable aux manifestations psychiques.

Nous avons réuni les observations qui nous ont paru les plus caractéristique dans la littérature médicale, de façon à avoir des exemples de tous les troubles mentaux basedowiens. Nous avons ensuite essayé d'établir les relations qui existent entre ces troubles et la maladie elle-même.

Nous nous sommes demandé s'ils devaient être expliqués par des associations morbides, ou s'ils dépendaient du goître exophtalmique. Nous avons vu que si, dans beaucoup de cas ils relevaient de l'adjonction d'un état névropathique, dans un certain nombre d'observations on se trouvait en présence de manifestations étroitement liées à la maladie de Basedow et dues, comme elle, à un fonctionnement défectueux de la glande thyroïde.

Notre travail comprend ainsi deux parties principales.

Dans la première, nous exposons les faits cliniques.

Dans la seconde, nous discutons leur pathogénie.

PREMIÈRE PARTIE

FAITS CLINIQUES

L'étude du psychisme des Basedowiens peut être divisée en trois chapitres, suivant que l'on envisage l'état mental habituel de ces malades, les troubles délirants passagers ou les vésanies qu'ils présentent parfois.

CHAPITRE PREMIER

ETAT MENTAL HABITUEL DES BASEDOWIENS

L'état mental habituel des Basedowiens a été signalé par les premiers auteurs qui ont décrit la maladie. Basedow, en 1840, signale, chez les sujets porteurs de goître exophtalmique, une irritabilité particulière accompagnant un certain degré d'inquiétude et d'apathie.

Trousseau, dans ses leçons cliniques, attribue aux troubles psychiques basedowiens une grande valeur au point de vue du diagnostic de l'affection.

Ball, dans ses leçons sur les maladies mentales, insiste sur les singularités psychiques des porteurs de goître exophtalmique.

Maude (*British medical journal,* 1895) considère les modifications du caractère comme faisant partie du tableau clinique de la maladie.

Nous décrirons l'état mental habituel du Basedowien dans son être intellectuel, dans son être sentant et dans son activité volontaire.

A. — Intelligence

Les diverses facultés présentent souvent un développement inégal. Un des caractères sur lequel la plupart des auteurs insistent beaucoup, c'est l'*instabilité* particulière à ces malades. Ils passent d'une idée à une autre avec une incroyable facilité. Ils parlent avec volubilité, mais leur conversation est souvent décousue.

Une malade dont nous rapportons plus loin l'observation (Raymond et Sérieux) était loquace, tenait des propos enfantins, souvent mensongers.

Rendu a observé en 1870, à Nantes, une exophtalmique « qui passait sa journée à errer dans les salles, causant avec volubilité, tenant des conversations incohérentes et impatiente du repos. Elle était d'humeur fantasque, quinteuse, ne pouvait vivre avec aucune de ses compagnes sans provoquer de querelles ».

Le jugement et le raisonnement jouent souvent un rôle secondaire dans l'ensemble des opérations psychiques. En ce qui concerne l'association des idées, l'imagination et la mémoire, deux états différents peuvent s'observer suivant les malades. Dans certains cas, il semble qu'il y ait un certain degré d'excitation de ces facultés : les images, les idées sont évoquées sans difficulté ; leur suc-

cession est même parfois si rapide, qu'elles s'entrechoquent et simulent l'incohérence, réalisant ce que Russel Reynolds appelle la « chorée des idées ».

Dans d'autres cas, ces mêmes facultés paraissent obnubilées. Boeteau cite le cas d'une malade qui ne pouvait penser sans fatigue.

Certains éprouvent parfois de grandes difficultés à poursuivre une idée ; leur attention est impossible à fixer, leur mémoire est très infidèle. Boeteau rapporte l'observation d'une institutrice qui, atteinte de goître exophtalmique, ne pouvait se rappeler les dates historiques. Une autre malade, citée par le même auteur, ne se souvenait pas du numéro de son lit à l'hôpital.

Des Basedowiens observés par Charcot et Westphal ne pouvaient se livrer à aucune lecture, car ils oubliaient ce qu'ils venaient de lire à l'instant même.

S..., dont nous donnons l'observation plus loin (Delmas), présente, elle aussi, une diminution considérable de la mémoire.

B. — Sensibilité

L'*instabilité* que nous avons notée dans l'être intellectuel se retrouve à un très haut degré dans l'être sentant. Les sentiments des Basedowiens sont très variables. Ils passent de la joie à la tristesse, du rire aux pleurs, dans l'espace de quelques secondes. Leur humeur est très inégale. Ils se montrent quelquefois d'une extrême amabilité, mais généralement ils sont bourrus, irascibles.

Un autre caractère essentiel domine la psychologie des Basedowiens : c'est l'*émotivité*. Les causes les plus légères sont suivies de réactions sensitives exagérées. Leurs émo-

tions sont disproportionnées avec les états qui les font naître.

Au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, ils montrent un égoïsme de plus en plus marqué. Leurs tendances altruistes s'émoussent ; ils rapportent tout à leur propre personne, ne vivent que pour eux, sont très exigeants dans les soins qu'ils réclament et ne se montrent jamais satisfaits. Irritables, irascibles, ils ne tolèrent aucune contrariété, s'emportent pour des motifs futiles. Comme le dit Trousseau, *la maladie de Basedow est une colère perpétuelle.*

Ces malades sont excessivement désagréables pour leur entourage ; ils éprouvent parfois des aversions injustifiées pour diverses personnes.

Un cas cité par Dalmas se rapporte à une femme qui frappait son mari et menaçait ses enfants. Une autre avait chassé de chez elle sa fille aînée.

C. — Activité volontaire

L'*instabilité* domine encore la scène. Elle s'observe au double point de vue moteur et psychique. Les Basedowiens ne peuvent tenir en place ; ils éprouvent un besoin constant de mouvement ; ils sont incapables de se livrer à une occupation suivie.

Leur volonté est très faible ; mais, comme plus haut, nous devons distinguer deux catégories de malades : les uns, tout en étant dans l'impossibilité d'accomplir une besogne sérieuse, montrent une *activité désordonnée,* entreprennent des travaux, qu'ils abandonnent aussitôt pour des occupations différentes.

Les autres présentent une *inertie complète*. Une malade de Gombeau se plaignait d'être obligée de boire, de manger, de se lever pour qu'on pût faire son lit.

Dalmas cite une femme qui négligeait totalement les soins de son ménage. Son mari fut obligé d'aller manger au restaurant. Ses enfants vagabondaient constamment.

Si nous essayons de résumer les troubles que nous venons de décrire, nous voyons que ce qui caractérise le plus l'état mental des Basedowiens, c'est leur *émotivité*, leur *irritabilité* et leur *instabilité mentale*. La constance de ces trois manifestations est remarquable. Aussi certains auteurs, parmi lesquels nous devons citer Raymond et Sérieux, les considèrent-ils comme de véritables stigmates psychiques et leur font-ils une place à côté des symptômes cardinaux du goître exophtalmique.

Un examen attentif des faits, nous a amené à conclure que l'on ne saurait considérer cet état mental comme réductible à un seul type clinique. Le fond de l'être psychique des Basedowiens comporte toujours un certain degré d'irritabilité, mais le tableau symptômatique de la maladie peut présenter deux aspects différens.

a) Chez les uns, certaines facultés intellectuelles conservent leur vivacité, l'association des idées, la mémoire fonctionnent normalement. L'activité de ces malades est grande ; ils ont besoin de mouvement, mais, emportés par leur instabilité, ils réalisent un type de déséquilibre perpétuel, accompagné d'un certain degré d'exaltation.

b) Chez les autres, domine une paresse intellectuelle considérable avec affaiblissement de la mémoire et apathie générale ; leur aboulie est complète.

Les premiers sont remuants, loquaces ; les seconds sont inertes, restent immobiles et font preuve de l'indifférence la plus absolue.

« Si nombre de malades, dit Joffroy, semblent affectés et jusqu'à un certain point déprimés par leur maladie, d'autres paraissent agités. De sorte que, déjà, dans les premières modifications imprimées au caractère des malades par le goître exophtalmique, on trouve une forme avec excitation et une forme avec dépression. »

CHAPITRE II

TROUBLES MENTAUX PASSAGERS CHEZ LES BASEDOWIENS

Les troubles psychiques que l'on peut observer au cours de la maladie de Basedow sont de deux ordres.

Il s'agit, tantôt de manifestations passagères (constituant des syndromes épisodiques, des bouffées délirantes, des hallucinations, des états confusionnels), tantôt d'une véritable aliénation mentale.

Les troubles mentaux passagers, qui se rencontrent chez les Basedowiens, servent, en quelque sorte, de transition entre leur état mental habituel et les psychoses de longue durée qu'ils présentent parfois.

La classification de ces désordres cérébraux soulève des difficultés, dont les plus sérieuses sont d'ordre pathogénique. Chacun des cas pose, en effet, deux problèmes, relatifs, l'un, à la nature du trouble psychique, l'autre, à la nature de la maladie de Basedow elle-même, et la solution du premier dépend de celle du second.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances, le goître exophtalmique ne saurait être considéré comme une entité

morbide susceptible d'être expliquée par des causes univoques. Dans la discussion qui fera l'objet d'une autre partie de ce travail, et dans laquelle nous essayerons de déterminer la nature des troubles psychiques basedowiens, nous tiendrons compte de ces différences d'interprétation.

Pour le moment, notre but est tout autre. Nous voulons simplement dresser un tableau des principaux faits, et classer, d'une façon provisoire, les matériaux qui serviront de base à notre discussion.

Nous avons pensé que la clinique seule devait fournir le cadre dans lequel nous ferions entrer ces divers éléments morbides.

Les observations se rapportent à des syndromes épisodiques, à des bouffées délirantes, à des hallucinations et à des états confusionnels passagers ; on peut donc les diviser en plusieurs groupes.

Cependant, ces diverses manifestations psychiques sont rarement isolées ; il est assez fréquent, de trouver réunies certaines d'entre elles chez un même sujet ; par exemple, un malade qui a des impulsions pourra, à un moment donné, réaliser une bouffée délirante, présenter de l'embrouillement intellectuel, où des perversions sensorielles.

A un autre point de vue, il est souvent difficile de fixer la limite, qui sépare un simple délire d'une véritable aliénation mentale ; certaines observations que nous rapportons dans ce chapitre, pourraient figurer dans le suivant et inversement.

Par conséquent, notre classification ne constituera pas un cadre rigide, et n'aura pas pour résultat de séparer les malades en des catégories absolument distinctes ; elle sera simplement un moyen commode de présenter les faits cliniques en les groupant d'après leurs caractères essentiels.

A. — Syndromes épisodiques au cours de la maladie de Basedow

Il est fréquent d'observer des obsessions, des impulsions, des phobies, chez les sujets atteints de goître exophtalmique. Souvent, ces divers troubles existent avant l'apparition des signes physiques. Ils présentent de grandes variations suivant les malades, et parfois chez un même individu. Ils s'accompagnent volontiers d'angoisse, et il n'est pas rare de voir survenir chez ces Basedowiens des bouffées délirantes ; il s'agit presque toujours dans ce cas d'un accès de mélancolie ou d'une crise d'excitation maniaque.

Nous résumons les principaux faits, et nous donnons in extenso, les observations qui, dans la littérature médicale, nous paraissent les plus caractéristiques.

1. Solbrig. — *Virchow Hirsch,* 1870.

Femme de 42 ans à tares héréditaires. Goître exophtalmique. Esprit paradoxal. Un accès mélancolique. Idée obsédante de tuer ses enfants qu'elle aimait beaucoup.

2. Sérieux. — Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. *Thèse de Paris,* 1888.

Femme atteinte de maladie de Basedow. Idées obsédantes. Impulsions.

3. Rivalier. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. *Thèse de Paris,* 1889.

Trois observations de malades exophtalmiques ayant des impulsions à frapper.

4. Renaut. — *Bull. soc. méd. hôp.* 1890.

Signale sans donner de détails un cas de kleptomanie lié à la maladie de Basedow.

5. Eulenburg. — *Ziemssen's Handbuch.*

Coexistence d'un tic convulsif et d'accès alternatifs de manie et de mélancolie chez un malade atteint de goître exophtalmique.

6. Teissier, cité par Ballet. — Des idées de persécution dans le goître exophtalmique. *Soc. méd. Hôp.* 1890.

Jeune femme hystérique, atteinte de goître exophtalmique, qui éprouvait parfois une sensation de boule, sans perdre connaissance, mais avec des convulsions et un besoin violent de mordre les personnes ou les objets qui l'entouraient.

7. Raymond et Sérieux. — Goître exophtalmique et dégénérescence mentale. *Revue de médecine,* 1892.

Ces auteurs citent le cas d'une hystérique qui, atteinte de maladie de Basedow depuis plusieurs années, présenta un accès délirant caractérisé par des frayeurs, des cauchemars, des actes et des discours incohérents (fureur, chants, cris).

8. Guéneau de Mussy, cité par Plaignard. *Thèse de Montpellier,* 1889.

Jeune femme de 19 ans qui, peu de temps après l'apparition d'un goître exophtalmique, présenta des mouvements choréiques si violents qu'elle ne pouvait marcher. Perturbations mentales allant jusqu'au délire. Au bout de quelques jours, troubles psychiques et chorée disparurent.

9. Boeteau. — Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris,* 1892.

Jeune fille de 21 ans. Petite-fille et nièce d'hystérique. Intelligente. Très émotive. Idées obsédantes. Doutes : vérifications répétées de faits déjà observés (feu éteint, porte fermée). Délire du toucher. Ces différents troubles ont été observés chez la malade avant le début du goître. Ils se présentaient avec leur caractère habituel de conscience, d'irrésistibilité, d'angoisse et de satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte.

Au cours de la maladie de Basedow, ces obsessions firent place à de la dépression mélancolique, à des idées de suicide, à des impulsions à siffler les mesures d'un air pendant une conversation.

Un an après, les symptômes de la maladie de Basedow s'étaient très amendés, mais les idées obsédantes primitives avaient reparu.

10. Raymond et Sérieux. — Goître exophtalmique et dégénérescence mentale. *Revue de médecine,* 1892.

Tares héréditaires. — Hérédité convergente et similaire. — Dégénérescence mentale. — Déséquilibration. — Scrupules. — Emotivité extrême. — Exaltation. — Surmenage. — Chagrins. — Maladie de Basedow. — Tachycardie. — Exoph-

talmie. — Goître. — Tremblement. — Crises diarrhéiques. — Syndromes épisodiques. — Terreurs morbides. — Arithmomanie. — Claustrophobie. — Impulsions à frapper, à se déshabiller, à acheter. — Aboulie. — Absence d'appétit sexuel. — Allures et aptitudes masculines. — Trois accès délirants en un an : 1° un accès mélancolique passager ; 2° un accès d'excitation maniaque ; 3° un accès de délire ambitieux.

Marie D..., âgée de 40 ans, entre à Sainte-Anne (service de M. Magnan), en janvier 1888. C'est une artiste d'un talent supérieur, d'une intelligence vive, mais complètement déséquilibrée. Les tares psychopathiques abondent dans sa famille.

Antécédents héréditaires. — Ligne paternelle. — Père ingénieur, a occupé en Russie une situation considérable. C'était un viveur. Il avait de l'exophtalmie et des palpitations. *Grand-père* émigré, directeur d'une manufacture importante. *Grand'mère,* très impressionnable, avait également des palpitations et de l'exophtalmie. Elle est morte d'un anévrysme. La sœur de cette dernière était mal équilibrée ; elle négligeait sa famille, était désordonnée, prenant une chaise pour alimenter le feu, etc. Elle poursuivait le roi de ses pétitions, postant sur son passage ses filles vêtues de blanc, pour lui présenter des placets. L'une de celles-ci, contrefaite, a mené une existence irrégulière ; un fils, officier supérieur, a été cassé pour dettes.

Ligne maternelle. — Mère, goutteuse. Avait 44 ans à la naissance de la malade ; très insouciante et frivole. A eu plusieurs accès de dépression mélancolique, dont l'un d'une durée de six mois, alors qu'elle était enceinte de la malade. Un jour qu'elle traversait un fleuve gelé, la glace se rompit derrière elle ; depuis, elle restait parfois fort longtemps sur la rive sans pouvoir se décider à franchir la rivière ; maintes fois, il a fallu y renoncer. Elle est morte démente à 84 ans.

Sa *tante* est « morte de chagrin, dans l'anéantisse-

ment ». La fille de celle-ci a toujours eu des manies singulières, collectionnant des objets de rebut (vieux bouchons, etc.), se privant de tout, elle et ses gens, pour distribuer son argent aux autres. A partir de 60 ans, elle a eu, à trois reprises, des accès de délire mélancolique. *Grand-père* viveur.

La *sœur* de la malade a la réputation d'une folle ; elle est, en réalité, complètement déséquilibrée ; existence irrégulière jusqu'au mariage ; instabilité extrême, insouciance, désordre. Dénuée de sentiments affectifs à l'égard des siens, elle montre un amour excessif pour les animaux, dont elle se plaît à s'entourer ; elle a des élans irréfléchis de philanthropie, qui lui font abandonner sa famille pour aller soigner des étrangers. Pendant le siège, elle recueille chez elle une inconnue avec six enfants, mais elle ne s'occupe pas de l'instruction et de l'éducation des siens. Elle est criblée de dettes, gaspille sans cesse d'une façon tout à fait extravagante. Pour obtenir le divorce, elle fait une dénonciation calomnieuse contre son mari, l'accusant de contrefaire des billets de banque. De ses enfants, l'un est sourd-muet ; l'autre, exalté, instable, fait en Amérique des « cures merveilleuses par le magnétisme » ; un troisième n'a pu s'occuper d'une façon suivie. La *fille* de la malade est chétive, peu intelligente.

Antécédents personnels. — Mme D..., dont le développement, dans la première enfance, avait été assez lent (retard dans l'apparition de la parole), eut, à l'époque de sa première communion, des scrupules ; elle s'imaginait sans cesse avoir commis quelque faute. Plus tard, il lui arriva de ne point communier, obsédée qu'elle était, par la crainte d'avoir quelque péché à se reprocher. Elle croyait également, à cette époque, que tout le monde la

détestait. Pas de maladies dans sa jeunesse, sinon des névralgies temporales.

Toute sa vie, elle s'est surmenée ; très passionnée pour son art, elle dormait peu et travaillait sans cesse ; elle avoue être incapable de garder aucune mesure. Mariée sans amour à un artiste déséquilibré comme elle, déjà père d'enfants idiots, la vie conjugale ne fit que fournir un nouvel appoint à sa surexcitation cérébrale. Elle commet des excès vénériens, devient très irascible, « pleure nuit et jour ».

C'est, il y a huit ans, pendant une grossesse, que se sont montrés les premiers signes du goître exophtalmique ; des palpitations surviennent, son cou se met à grossir, ses yeux deviennent saillants. Depuis six ans, la peau, qui avait toujours été brune, prend une teinte bronzée ; parfois, des bouffées de chaleur, de l'effondrement des jambes, des fringales, des diarrhées incoercibles, indolentes, qui se produisent spontanément et durent quelques jours ; à la moindre émotion, se produit un tremblement très accentué.

Mme D... a toujours fait preuve d'un grand dévouement. Charitable, désintéressée, elle a su conserver de hautes amitiés. Pendant le siège, elle soignait les blessés ; elle aurait, paraît-il, refusé la croix, qu'on lui proposait. D'une nature énergique, elle tient la tête de son enfant pendant qu'on lui pratique la trachéotomie. Une fois qu'elle eut gaspillé le peu que lui avait laissé son mari, elle se trouva dans une situation précaire, obligée d'emprunter çà et là. Elle n'en restait pas moins prodigue sans mesure avec ceux qu'elle aimait. Peu à peu, sa surexcitation s'accrut ; ses idées religieuses tournèrent au mysticisme. On la vit, aux bains de mer, engager un procès ridicule avec ses fournisseurs.

En 1887, fatiguée par les difficultés et les épreuves quotidiennes d'une existence sans direction, elle se livre avec plus d'ardeur à des pratiques religieuses, puis se fait des reproches, craint d'être envoyée à Saint-Lazare pour ses dettes. Pendant un temps, elle eut conscience de son état de désarroi moral : « Rendez-moi la raison, disait-elle, je sens que je la perds. »

En juillet, elle s'imagine être en butte à des machinations de la part de son entourage ; elle croit surprendre une amie de sa mère, qui la loge, pratiquant des attouchements sur sa fille âgée de cinq ans. Elle se livre à des voies de fait, court les rues jusqu'à une heure avancée, son enfant sur les bras, et va se réfugier dans un hôtel. La nuit, elle crie au feu. Internée dans une maison de santé, elle y arrive très exaltée, avec des hallucinations de l'ouïe, de la vue. Elle a des terreurs imaginaires, croit son enfant morte, s'imagine qu'on veut abuser d'elle, s'agite, refuse de s'alimenter, fait une tentative de suicide. Trois semaines après, cette bouffée délirante avait disparu.

En décembre, de nouveaux troubles surviennent ; l'exaltation va grandissant ; Mme D... croit qu'on cherche à pénétrer dans son appartement, lance des invitations pour une réunion tout imaginaire, fait des préparatifs pour un voyage à Naples, oublie sa fille chez un coiffeur, puis, dans un hôtel, s'écrie qu'on lui a volé son enfant, porte plainte et enfin arrive à Sainte-Anne.

A l'asile, son état d'excitation intellectuelle ne tarde pas à s'amender. Elle conserve des idées de persécution, prétend que sa famille l'a fait interner pour lui enlever la clientèle de ses élèves. Les lettres nombreuses, qu'elle écrit sans cesse, témoignent de sa mobilité d'humeur et de son instabilité : « Que Dieu me laisse la direction de ma fille et éloigne à jamais mes ennemis, qui sont ma mère

et ma belle-sœur...». Puis quelque temps après : « Ma chère amie, j'ai une envie folle d'une bouteille de champagne, vous me feriez le plus grand plaisir de m'en apporter une et de la cacher sous votre manteau. Je pleure jour et nuit...» Quelques heures après, une autre lettre : « Si M. votre mari est heureux à la chasse, je vous demande de m'envoyer un petit lapin avec tout ce qu'il faut pour le faire cuire... Je suis internée à Sainte-Anne pour mes étrennes ; est-ce ma mère, qui a 84 ans, ou bien plutôt la famille B..., jalouse de mes succès, je l'ignore ?... Ne suis-je pas toujours sur la croix, depuis bientôt dix ans ; je commence à avoir une telle lassitude de la vie, que la mort serait la bienvenue. »

Son caractère mobile, excentrique, se révèle à chaque instant ; elle fait des projets irréalisables, s'enthousiasme et se lamente, se montre tour à tour souriante et alarmée. Elle est au désespoir d'être sans nouvelles de sa fille, mais elle chante néanmoins avec gaîté. Elle pense à se remarier, et c'est de Sainte-Anne, qu'elle entreprend une correspondance régulière avec celui qu'elle veut épouser. Elle fait des promesses à tous ceux qui l'entourent, malades et infirmières ; elle se propose de fonder un lit à l'asile, oubliant qu'elle est dans la nécessité. Elle demande, comme une grâce, d'assister aux conférences de médecine mentale : elle s'habillera en homme, s'il le faut, dit-elle, ce ne serait pas la première fois. »

Elle s'occupe de mariage entre ses amies et les employés de l'asile. A sa sortie, elle fera fermer le couvent qui a recueilli sa mère et fera séquestrer sa sœur. On lui demande quel livre elle veut lire, elle répond : « La Philosophie de Leibnitz » ; puis elle avoue « avoir une envie folle d'un gardénia, elle donnerait sa fortune pour en avoir un ». Un instant après, elle confie qu'elle a passé

une nuit d'insomnie ; elle a dit des prières à l'intention d'une personne qui lui est chère, puis des scrupules l'ont obsédée, elle démêlait dans ses vœux une part d'égoïsme ; alors il lui a fallu recommencer ses oraisons ; enfin, elle demande à voir l'aumônier.

Mme D... est une femme de taille au-dessus de la moyenne, très maigre, à physionomie toute masculine. Elle présente des nodosités au niveau des articulations des premières et deuxièmes phalanges, comme son père, auquel elle ressemble, dit-elle, au physique comme au moral. On est frappé, au premier abord, par une exophtalmie assez accentuée ; le goître n'est pas très développé ; le pouls est à 96. Pas de signes de tabès, ni d'hystérie. (L'examen du champ visuel n'a pas été pratiqué.)

Mme D..., le calme une fois rétabli, peut nous faire connaître les particularités d'un état mental pathologique dont elle a conscience. Elle reconnaît être d'une émotivité extrême, qui la rend tributaire de la température, d'un rayon de soleil ; un rien l'abat ou l'excite. La moindre émotion, la vue d'une personne sympathique la trouble ; sa sensibilité excessive se satisfait dans des démonstrations d'amitié très affectueuse, dans les embrassements prolongés dont elle est prodigue, dans les cadeaux et les prévenances dont elle accable ses amis. Son langage trahit sa tendance à tout exagérer ; elle emploie sans cesse les expressions : « adorable..., canaille ». L'idée de mourir se présente chez elle au moindre prétexte, quand elle a mal à la tête. Elle aime à se poser des questions sur la vie future ; la métempsycose la préoccupe : elle sent à ses côtés les morts qui lui sont chers ; elle s'est occupée de spiritisme ; elle a une religion à elle : « Nous irons revivre dans une autre planète pour approcher de la perfection », etc.

Mme D.., nous donne quelques détails sur les idées obsédantes et les impulsions qui la tourmentent depuis longtemps. Elle a, dit-elle, une peur effroyable quand il lui faut traverser la place Saint-Augustin : elle se met à trembler, dans l'impossibilité complète d'avancer, elle doit demander le bras d'un passant pour sortir d'embarras ou faire un grand détour pour éviter la place. Il ne s'agit pas là d'agoraphobie, l'angoisse provient d'une idée obsédante, d'un pressentiment qu'elle a d'être écrasée sur cette place et ne se produit pas en d'autres endroits. Elle a, en outre, facilement le vertige, par exemple, étant montée sur un âne. Elle a grand peur du vide, il lui est impossible de monter sur une hauteur sans éprouver une sensation bizarre, « il lui semble qu'elle va accoucher, elle a mal à la matrice » ; sa mère éprouvait les mêmes phénomènes. Mme D.., n'aime pas séjourner dans des pièces étroites ; elle fait abattre les cloisons de ses appartements, n'est à son aise que quand les fenêtres sont ouvertes ; dans une loge de théâtre, elle éprouve un sentiment de malaise et doit changer de place. Il lui est également impossible de rester dans une chapelle souterraine sans oppression. S'agit-il de claustrophobie véritable, ou de phénomènes liés à la maladie de Basedow (sensation de chaleur, dyspnée) ? La chose est difficile à élucider.

Il existe également de l'arithmomanie ; Mme D... se sent poussée à compter les dessins du papier des murs ; dès son arrivée à l'asile, elle s'est mise à compter les carreaux ; quand elle les a dénombrés un par un, elle les compte deux par deux, puis quatre par quatre. Elle en connaît le chiffre exact, elle sait qu'il y en a 72 à telle série de fenêtres. Quand elle découvre une fenêtre dont elle ignorait l'existence, elle en compte les carreaux : « Je ne veux pas, dit-elle, et je le fais cependant » ; par-

fois, pour s'empêcher de compter, elle dit son chapelet. Quelquefois, elle est poussée à prononcer toute une série de chiffres et n'est satisfaite qu'une fois arrivée à 100. Elle lutte, mais succombe souvent.

D'autres impulsions surviennent, plus bizarres et plus impérieuses. Un jour, son médecin devant l'ausculter, elle est poussée à se déshabiller presque complètement devant lui ; elle se rendait compte de ce que cet acte avait d'insencé, mais elle ne pouvait y résister. Ce fait s'est renouvelé à deux reprises. Une autre fois, c'est malgré elle, pour ainsi dire, qu'elle fait certaines confidences, tout en se blâmant de son excès de confiance. Le jeu l'attire : un jour, étant avec son fils à une table de jeu, elle se sent poussée d'une façon impérieuse à jouer ; si elle eût été seule, elle eût joué toute sa fortune. Elle n'a pas voulu y retourner une deuxième fois, se défiant d'elle-même : « Je me connais, je n'y résisterais pas. ». A l'asile, agacée, pendant la nuit, par les cris d'une malade, elle a un désir violent de la battre ; elle y résiste, mais l'obsession persistant le matin, il lui faut la satisfaire, et elle va frapper sa voisine sur la main.

Dans la période d'épuisement et de malaise, qui précéda de plusieurs mois son internement, elle souffrit, pendant plusieurs semaines, d'une aboulie très nette. Elle commence dix lettres sans pouvoir les finir ; elle a bien la volonté d'écrire, mais elle ne peut le faire. La lutte se prolonge jusqu'à deux heures du matin, et elle se couche sans les avoir écrites. Elle veut aller à l'église, elle ne peut : « c'était une impuissance complète, une sensation horrible ». Elle prend une voiture, voulant aller offrir un bouquet à son médecin ; il lui est impossible d'en donner l'adresse, qu'elle sait et qu'elle voudrait donner. On lui ordonne de la viande crue ; très désireuse de suivre son

régime, elle ne peut donner à sa bonne l'ordre de lui apporter la viande. Au moment de sortir, elle ne peut se décider à mettre son chapeau ; elle lutte longtemps, « souffrant énormément ». Elle en était arrivée à ne pouvoir se laver : elle mettait l'eau dans la cuvette et restait devant, attendant, impuissante ; son mari la stimulait, elle répondait : « Je ne puis pas ». Elle a lutté trois jours, avant de se décider à aller voir son médecin : elle descend, puis remonte chez elle ; enfin, le quatrième jour, à six heures du matin, elle part. A son arrivée, elle est dans un tel trouble, qu'elle peut à peine s'expliquer ; quand vient le moment de prendre congé, elle ne peut le faire, elle prolonge sa visite, sans motif, d'une façon exagérée. Elle redoute parfois d'entrer dans un magasin, ne pouvant se décider à une acquisition quelconque et craignant de lasser la patience des marchands. Elle a eu, pendant six mois, besoin d'une jupe, sans pouvoir se résoudre à l'acheter ; elle a dû prier une amie de le faire pour elle.

A côté de ces phénomènes d'aboulie, elle a eu, à d'autres époques, des impulsions à acheter : elle éprouvait une satisfaction intense à faire des achats, empruntant pour des acquisitions inutiles, luttant contre son impulsion, mais plus d'une fois en vain ; il lui fallait résister pour ne pas acheter tout ce qui lui plaisait. Une fois rentrée chez elle, il lui est arrivé de renvoyer toutes ses emplettes.

Son appétit est également déséquilibré : Mme D... a des fringales paroxystiques, se produisant après une période de surmenage, de tristesse, et durant plusieurs jours. Elle n'a pas alors d'aliments préférés, elle est satisfaite, « pourvu qu'elle se bourre ». Si elle résiste à son besoin, il lui semble qu'elle va s'évanouir ; sa faim est parfois insatiable, et se réveille une heure après les repas. Cette boulimie ne paraît pas devoir être rattachée au goître

exophtalmique, car elle existait longtemps auparavant.

Au point de vue sexuel, Mme D... est également singulière. Nature masculine, elle a de l'homme la taille, la physionomie et une énergie toute virile. Elle n'a jamais rien eu des goûts et des préoccupations de son sexe. Elle n'a point, étant enfant, pris plaisir aux jeux habituels des petites filles, préférant les amusements bruyants des garçons. Elle a toujours aimé la société des hommes, mais seulement au point de vue intellectuel et parce qu'elle se trouvait avec eux, en communion d'idées et de sentiments. Elle aurait voulu être homme, pour étudier les sciences. Bien que chez elle les sentiments affectifs prennent une intensité exagérée, qu'elle aime avec passion, en véritable obsédée, elle n'a, dit-elle, jamais éprouvé de désirs sensuels ; c'est un amour purement psychique. Les relations sexuelles l'ont toujours laissée indifférente. Sa mère lui ressemblait sous ce rapport.

Mise en liberté après quelques mois de séjour à Sainte-Anne, Mme D... ne tarda pas à y revenir, à la suite d'excès excentriques commis sur la voie publique. Elle manifeste, à cette troisième entrée, des idées ambitieuses très caractérisées : elle se dit petite-fille de l'empereur Nicolas, signe ses lettres princesse d'H... et propose à toutes, les puissantes protections dont elle dispose. Elle a succombé, peu de temps après cette troisième séquestration.

11. Raymond et Sérieux. — *Revue de médecine*, 1892.

Tares héréditaires nombreuses. — Déséquilibration mentale. — Stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, anomalie des mâchoires, etc. Signes psychiques : émotivité, craintes obsédantes (peur des couteaux, des verres, du vide, de la mer, crainte d'être enfermée, d'être écrasée par les montagnes, doute). — Obsessions hypocondriaques (arrêt du cœur, mort subite). — Automatisme de certains centres spinaux : contractions cloniques

du grand oblique, des muscles de la cuisse du côté droit. — Hoquet. — Neurasthénie. — Triade symptomatique du goitre exophtalmique : goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement. — Amélioration des symptômes du goitre, par l'électricité, aggravation des troubles émotifs.

Mme X..., 32 ans soignée par l'un de nous depuis plusieurs années).

Antécédents héréditaires. — La *mère* de Mme X... était neurasthénique au plus haut degré. Le *père,* mort vers l'âge de 40 ans, était un débauché, entaché d'alcoolisme chronique. Le *grand-père maternel* a laissé la réputation d'un homme violent, irascible. *La grand'mère maternelle* était bizarre de caractère, en proie à des obsessions.

Antécédents personnels. — Mme X... a eu des accidents convulsifs dans son enfance. Elle a été menstruée à l'âge de 15 ans et la fonction menstruelle a toujours été régulière. Orpheline de bonne heure, elle a été élevée par ses grands-parents maternels. Pendant qu'elle était au couvent, il lui arrivait de pleurer sans motif. A cette époque, elle était déjà très émotive ; le moindre reproche qu'on lui adressait lui causait une impression profonde. Très religieuse, il lui arrivait souvent d'avoir des scrupules exagérés. Tous les événements de sa vie lui étaient prétexte à chagrin.

Un peu plus tard, vers l'âge de 18 ans, son caractère devint difficile, fantasque. Elle ne s'accordait pas avec ses compagnes.

Mariée à l'âge de 22 ans, elle devint bientôt mère d'une petite fille. Quelque temps après le début de sa grossesse, elle fut prise de craintes obsédantes et de préoccupations hypocondriaques. A table, elle n'osait plus se servir d'un couteau, de peur de se blesser ; elle avait la crainte, en saisissant un verre, de le voir se briser dans sa bouche. Il lui semblait aussi, à cette époque, qu'elle avait des fils dans la bouche, qui lui attachaient la langue.

Une année après son accouchement, Mme X... se sentait beaucoup mieux. Pendant deux ou trois ans, elle put vivre de la vie de tout le monde.

Il y a quatre ans, Mme X... est devenue sujette à des accès de palpitations. Puis des douleurs l'ont prise dans la nuque et dans d'autres régions du corps (côté droit du ventre et lombes). Vers cette même époque, Mme X... concevait des doutes, à l'occasion des actes les plus ordinaires de sa vie. Lorsqu'elle avait fait un achat, une fois rentrée chez elle, elle se demandait si elle l'avait payé. Cette préoccupation l'obsédait et elle ne retrouvait le calme qu'une fois que sa femme de chambre lui avait apporté une note acquittée.

Il lui arrivait aussi, lorsqu'elle était seule, d'avoir peur de traverser les grandes pièces de son appartement.

Une autre préoccupation qui l'obsédait, était de se voir enfermée, et si, lorsqu'elle sonnait ses domestiques, on n'accourait pas immédiatement auprès d'elle, elle était angoissée jusqu'à se trouver mal.

La nuit, elle réveillait quelquefois son mari en sursaut, pour lui dire qu'elle était sur le point de mourir, que son cœur se décrochait, etc. Pour la tranquilliser, il fallait chercher le médecin de la famille, qui avait souvent beaucoup de peine à persuader à la malade que son cœur était bien en place.

Le contact de certains objets, des pêches notamment, était particulièrement pénible pour Mme X...

Depuis trois ans, les accès de palpitations ont beaucoup augmenté en fréquence, en intensité et en durée. De plus, un nouveau phénomène morbide a fait son apparition. Mme X... a constamment des contractions cloniques du grand oblique de l'abdomen du côté droit. Ces contractions troublent le sommeil de la malade. Mme X... ne peut plus

s'habiller elle-même. Elle ne peut plus sortir qu'en voiture, encore est-on obligé de la porter jusque dans la rue.

A partir de cette même époque, les symptômes de neurasthénie ont beaucoup augmenté ; les angoisses, la peur de mourir et les autres désordres psychiques sont devenus permanents. Mme X... s'est trouvée dans un état de faiblesse générale très grande.

Etat actuel (2 janvier 1889) — Mme X... est de taille moyenne, brune, maigre. Lorsqu'on l'examine alors qu'elle est debout, on est immédiatement frappé par son attitude : elle se tient le corps légèrement penché en avant et très incliné à droite. Elle appuie fortement, la main droite contre le flanc du même côté, mais cette pression n'empêche pas que des secousses incessantes, en rapport avec les contractions cloniques du grand oblique, impriment au tronc des vibrations latérales assez étendues.

Mme X... présente une asymétrie faciale très prononcée. Le menton est comme tordu et rapproché du côté droit de la face. Les dents sont longues, mal implantées, en raison des rapports irréguliers des deux mâchoires. L'œil droit est un peu plus clos que le gauche. Les deux globes oculaires, légèrement saillants, bombent en avant, sous les paupières légèrement tendues.

Le corps thyroïde est manifestement plus volumineux qu'à l'état normal. Les battements du cœur sont rapides, précipités, au nombre de 130 à la minute. L'auscultation, la percussion et la palpation ne décèlent aucun signe de lésion organique du cœur.

Quand la malade tient ses mains étendues, on constate que celles-ci sont agitées par un léger tremblement vibratoire, à oscillations verticales, rapides (8 à 9 à la seconde).

Quand on examine la malade couchée sur un canapé et déshabillée, on est à même de bien observer les contrac-

tions cloniques du muscle grand oblique de l'abdomen, du côté droit. La main, appliquée à plat au niveau du muscle, perçoit les contractions violentes de ce dernier. Il ne nous a pas été possible de savoir si ces contractions persistent pendant le sommeil. D'après le dire de la malade, ces contractions s'étendent quelquefois aux muscles du thorax et de la cuisse, à droite, mais pendant très peu de temps.

Par moments, la malade a des crises de hoquet. La sensibilité cutanée est normale. Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie.

La malade se plaint de ressentir, dans la région de l'occiput et de la nuque, des douleurs très pénibles. Il existe, en outre, un point douloureux au niveau de l'ovaire droit et un autre au creux épigastrique. Lorsque, dans l'une de ces deux régions, on se borne à toucher la peau, on ne développe pas de douleur ; pour réveiller, ou plutôt pour exaspérer la douleur (car celle-ci est permanente), il faut exercer une pression tant soit peu profonde. On constate, en outre, l'existence de zones douloureuses profondes au niveau des reins.

L'examen des autres organes ne nous a rien révélé d'anormal. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Les digestions étaient relativement bonnes, l'appétit modéré. Insomnie habituelle. La malade cherche, par tous les moyens possibles, à réfréner les contractions de son grand oblique.

Elle se plaint amèrement de sa situation, pleure abondamment. Elle n'ose plus sortir de chez elle, et, cependant, elle marche sans grande difficulté. Elle se préoccupe beaucoup de son état ; elle ne voit pas de guérison possible. Elle est convaincue qu'elle va mourir subitement, elle en est sûre, etc.

Une autre préoccupation la hante : elle est relative à

la santé de sa fillette, qu'elle n'élèvera pas sans doute, et ce sera là pour elle un grand malheur, etc.

Evolution de la maladie. — Traitement. — Mme X.. est soumise à un traitement par l'hydrothérapie, qu'elle accepte sans difficulté ; tous les soirs, vers cinq heures, elle va prendre une douche froide. Nous lui prescrivons, en fait de médication interne, les antispasmodiques les plus variés.

L'état de Mme X..., loin de s'améliorer, s'aggrave. La peur de mourir subitement la hante toujours. La crainte de voir son cœur cesser de battre, de ne plus pouvoir marcher, etc., lui vient sans cesse à l'esprit. Toutes les semaines, une ou deux fois, il faut mander un médecin, la nuit, pour tranquilliser la malade.

Vers le mois de juin, Mme X... sent des tiraillements dans le cou, du côté droit. Elle craint de voir se produire dans cette région des contractions analogues à celles qui agitent son grand oblique.

Même état du côté des yeux, de la glande thyroïde et du cœur.

Au mois de juillet, la malade conçoit le projet d'aller consulter, à l'étranger, un masseur célèbre, mais elle ne se décide à partir qu'accompagnée de son médecin.

Le voyage se passe très bien, malgré la longueur du trajet. Elle voit le masseur en question, il lui déplaît ; au bout de quelques jours, elle ne veut plus en entendre parler.

Rentrée à Paris, elle est traitée à l'électricité, qui fut bien supportée, tandis que, jusque-là, ce mode de traitement ne lui avait donné que de mauvais résultats. Il se produit une amélioration sensible dans l'état du goître, amélioration qui persiste. La fréquence du pouls oscille maintenant entre 84 et 100. L'exophtalmie est moins prononcée ; les contractions spasmodiques du grand oblique sont moins

fortes, et, par moments, elles laissent à la malade des répits assez longs. L'état général est meilleur. La malade est plus forte ; elle se risque à faire quelques pas dans la rue. Par contre, les troubles psychiques se sont aggravés.

Il y a deux ans, la malade est allée passer quelques mois au bord de la mer. Elle faisait ce voyage, malgré l'horreur que lui inspiraient les déplacements, par amour pour son enfant. Elle y est revenue l'année suivante ; mais aussitôt arrivée, elle a dû repartir : la vaste étendue de l'eau lui causait une peur insurmontable.

Cette année, Mme X... s'est décidée à faire un séjour en pays de montagne, toujours dans l'intérêt de la santé de sa petite fille. Elle était à peine arrivée depuis vingt-quatre heures, qu'elle repartait, obsédée par la crainte d'être écrasée par les montagnes.

Revenue à Paris, elle ne peut se résoudre à retourner sur les bords de la mer. Il a été impossible de la faire aller en villégiature dans les propriétés de son mari ; dans ces parages, il y a également des montagnes !

12. Raymond et Sérieux. — *Revue de Médecine,* 1892.

Antécédents héréditaires névropathiques. — Signes physiques et psychiques de déséquilibration mentale : instabilité, caractère querelleur et violent, irascibilité, émotivité, terreurs nocturnes, polyurie. — Triade symptomatique du goitre exophtalmique.

Isabelle M..., âgée de 19 ans. Entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 27, le 18 juin 1891 ; sortie le 22 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Le *père* est atteint, depuis de longues années, d'un tic douloureux de la face. La *mère,* très nerveuse, excentrique, a eu de fréquentes crises de nerfs. Le *grand-père maternel* est mort hémiplégique à

40 ans. La *grand'mère maternelle* était très migraineuse ; vers l'âge de 50 ans, elle a été atteinte par un rhumatisme déformant (pieds et mains). Nous n'avons pas pu nous procurer de renseignements précis sur les autres parents.

Antécédents personnels. — La malade a commencé à marcher seulement vers l'âge de 2 ans 1/2. L'usage de la parole lui est venu très tard, vers 3 ans. A cette époque, elle avait un zézaiement assez prononcé. Elle a eu la rougeole vers sa huitième année et a guéri facilement. Cependant, quelque temps après, son caractère, assez doux jusque-là, paraît-il, devint violent ; la malade se battait fréquemment, à l'école, avec ses petites camarades.

M... a toujours été très émotive et très peureuse. Elle était frappée par les histoires que l'on racontait devant elle. Souvent, elle dormait mal, la nuit, et avait des cauchemars se rapportant aux récits qu'elle avait entendu raconter. Parfois, c'étaient de véritables terreurs nocturnes ; elle poussait des cris, appelait à son secours, etc.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu, depuis 6 ans, ses époques à intervalles réguliers. Les règles sont parfois douloureuses. Mise en apprentissage à l'âge de 14 ans, elle ne pouvait s'appliquer à son ouvrage. Elle avait besoin de changer de place fréquemment ; il lui fallait sortir. Son appétit était irrégulier, capricieux. Les réprimandes l'exaspéraient. Elle entrait alors, dans de violentes colères et elle se portait parfois à des voies de fait.

Vers l'âge de 17 ans, elle fut prise, sans cause connue, de battements de cœur, de palpitations. Au début, ces palpitations la jetaient dans un désespoir inexprimable. Lorsqu'elle était couchée, il lui fallait se lever, parce qu'elle entendait son cœur battre violemment. Alors, des terreurs la prenaient, elle appelait ses parents à son secours, ce n'est que vers le matin, qu'elle se calmait de nouveau.

Depuis deux ans, elle a senti ses forces disparaître graduellement ; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (19 juin 1891). — Isabelle M... est grande, assez bien musclée, pâle de figure ; les pieds sont plats, larges, étalés. En l'examinant, deux choses frappent immédiatement : 1° une asymétrie faciale très nette ; la moitié gauche de la face est plus petite que la droite ; la voûte palatine est très profonde, ses deux moitiés sont inégales ; il en est de même des deux moitiés du voile du palais ; 2° les yeux sont proéminents, les globes oculaires paraissent, ou augmentés de volume, ou projetés en avant ; c'est à peine si la malade peut couvrir l'œil avec la paupière.

Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume. La malade raconte qu'au moment de ses règles, son cou grossit davantage.

L'examen du cœur ne décèle aucune lésion organique. Au niveau des vaisseaux du cou, on perçoit un souffle doux, anémique. Les battements du cœur sont rapides, précipités, assez violents par instants.

Le pouls, compté à différentes reprises dans le courant de la journée, fournit, en moyenne, 120 pulsations par minute.

La sensibilité cutanée est intacte. L'examen des yeux à l'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal. Il n'existe pas de points douloureux.

Pas de tremblement des mains. La force musculaire est à peu près conservée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

L'appétit est à peu près normal. Les digestions sont pénibles ; renvois gazeux, acidité, constipation.

L'examen du poumon ne donne que des résultats négatifs. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles

sont parfois abondantes et claires comme de l'eau de roche, surtout lorsque M... se met en colère.

La malade est d'un caractère fantasque ; elle se plaint sans cesse, se dispute avec ses voisines. Elle est loquace, ses propos sont enfantins, souvent mensongers. Le sommeil est mauvais : M... se réveille parfois en sursaut en appelant sa mère. Elle est soumise à un traitement hydrothérapique, et à l'électrisation, qui produit une amélioration au point de vue de la tachycardie ; le pouls est à 96°. M... quitte le service à la suite d'une violente dispute.

13. Boeteau, cité par Raymond et Sérieux. — *Revue de médecine,* 1892.

Cet auteur a observé deux exophtalmiques, dont l'une, arithmomane, était obsédée par la préoccupation de ranger tous les menus bibelots qui l'entouraient (assiettes, verres etc.), par séries de sept. Elle était, de plus, coprolalique.

L'autre avait du délire du toucher, qui se manifestait par la peur angoissante des objets en cuivre.

14. Aug. Vigouroux. — *In* Raymond et Sérieux, *loc. cit.*

Marie J..., 25 ans, service d'électrothérapie de la Salpétrière. Hérédité chargée. *Oncle maternel* mort d'une « maladie noire ». *Sœurs* bizarres ; l'un d'elles est très avare ; l'autre, mariée, rend son mari très malheureux ; elle a vendu son mobilier à plusieurs reprises.

La malade a toujours eu un caractère très difficile. Etant enceinte, elle a eu de nombreuses impulsions ; elle a volé

à différentes reprises ; elle a dérobé, entre autres choses, un melon vert, qu'elle a mangé, y compris la queue. A 20 ans, elle a été internée à l'asile des aliénés de Blois, pour un accès mélancolique accompagné de troubles de la sensibilité générale ; elle croyait avoir plusieurs enfants dans le ventre, se croyait grosse comme une tour, etc. Elle a eu également des manifestations hystériques (vertiges, hallucinations, diminution du champ visuel). D'après les renseignements fournis par son amant, c'est une déséquilibrée, sans cesse obsédée par des idées fixes et d'une inégalité d'humeur rare : elle fait des scènes de jalousie atroces, qu'elle sait n'être pas fondées, etc.

Au point de vue de la maladie de Basedow, on a noté chez elle de la tachycardie, du goître, du tremblement ; ces divers symptômes se sont sensiblement amendés sous l'influence de l'électrothérapie.

Signalons encore l'existence d'insomnie, de cauchemars, d'un sentiment de faiblesse générale.

15. Boëteau. — Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris,* 1892.

Goître exophtalmique et neurasthénie.

Ver..., âgée de 47 ans, quelques antécédents héréditaires nerveux. En bonne santé jusqu'au jour où, perdant à la fois ses deux enfants et sa fortune, elle est prise de palpitations et d'hypertrophie de la glande thyroïde, suivies bientôt des autres symptômes de la maladie de Basedow.

Les troubles psychiques apparaissent ensuite brusquement et tous semblent appartenir au cadre clinique de la neurasthénie ; dès le début, affaiblissement général et apathie insurmontable, puis céphalée sous forme de serre-

ments, s'exerçant sur tout le crâne et surtout dans la région occipitale ; gêne douloureuse siégeant le long de la colonne vertébrale, plaque sacrée. Troubles dyspeptiques, besoin de sommeil irrésistible, insomnie.

Comme état mental, tendance mélancolique, torpeur intellectuelle, affaiblissement de la mémoire.

16. Vigouroux, *in* Raymod et Sérieux. *Revue de médecine,* 1892.

Femme exophtalmique ayant des tares héréditaires assez lourdes et présentant de l'agoraphobie à un degré très accentué.

17. Bidon, *in* thèse de Reymond, *Montpellier,* 1895.

Femme de 30 ans qui, sous l'influence du surmenage et de l'alcoolisme, vit apparaître un goître exophtalmique accompagné d'une vive excitation génitale, dont la satisfaction donnait lieu à des crises d'hystérie.

18. Bidon, *in* thèse de Reymond. *Ibid.*

Rose A..., 27 ans, fille d'un père rhumatisant et d'une mère nerveuse. Elle est le fruit d'un accouchement prématuré au 8e mois et a toujours été chétive. Elle présente de nombreux stigmates de dégénérescence. Son intelligence est moyenne. Elle a un caractère bizarre. A l'âge de 24 ans, la mort de son père lui procure un violent chagrin. Elle ne veut plus quitter ses appartements, refuse de se marier, son caractère devient de plus en plus sombre et irritable ;

ses forces diminuent ; elle se plaint de palpitations de cœur. Elle appelle le médecin pour de prétendus accès de fièvre, qui sont simplement des poussées de chaleur à la face et aux mains, accompagnant les signes habituels du goître exophtalmique. La malade a toujours peur, surtout quand elle est seule ; elle voit des personnages fantastiques défiler dans sa chambre ; ce sont surtout des gens de sa connaissance ou de sa parenté décédés depuis longtemps.

La malade est frileuse à l'excès. Elle est soumise à un traitement antispasmodique par le sulfate neutre d'atropine. On essaye de la suggestion à l'état de veille. Les troubles physiques s'amendent, la jeune fille peut se livrer à quelques promenades, mais dès qu'elle s'éloigne un peu, elle a un accès d'angoisse. Les hallucinations ont disparu, la peur est moins grande.

19. Bidon. — *In* thèse de Reymond, *Montpellier,* 1895.

Dégénérescence mentale, goître exophtalmique, obsessions.

Anttcédents héréditaires. — Son *père,* atteint de gravelle, est mort d'apoplexie cérébrale. *Sa sœur* a un caractère peu patient. Sa *fille* aînée a présenté de l'hystérie simulant un goître exophtalmique. Sa *fille cadette* est chlorotique et dysménorrhéïque. Elle a eu d'autres enfants, qui sont morts en bas âge, d'affections mal déterminées, quelques-unes avec convulsions.

Antécédents personnels. — Avant le goître, la malade avait bon caractère ; elle était légèrement érotique. A 41 ans, elle perd son mari qui, par sa conduite incorrecte, a dilapidé toute sa fortune et ne laisse que des dettes. Elle

tombe dans la misère la plus complète : chagrin immense et prolongé. Elle perd ses forces. Tout l'impatiente et la met en colère, ou la plonge dans une profonde dépression. Elle a des crises d'emportement, au cours desquelles elle brise les objets qu'elle a sous la main, puis l'emportement se calme et la réaction se fait en sens inverse. Elle a de l'insomnie mentale Ses règles sont très irrégulières. Elle est obligée d'entrer à l'hôpital, où l'on constate des signes de goître exophtalmique. On la soumet à un traitement hydrothérapique (douches froides en jet brisé), on prescrit du bromure, de l'atropine et l'on fait quelques séances de galvanisation.

Une amélioration se dessine bientôt et, six mois environ après son entrée à l'hôpital, la malade peut être considérée comme guérie. Cependant, si les signes de goître se sont amendés, l'aménorrhée est complète, la malade est toujours très émotive, a parfois des insomnies et présente de l'incapacité au travail.

20. Guidenberg. — In *Messager de psych. et de neur. du docteur Mierjewski,* 1893.

Une observation de maladie de Basedow avec dégénérescence mentale.

21. Fabre. — *Thèse de Toulouse* 1895.

Goître exophtalmique et neurasthénie.

M. L..., âgée de 37 ans, domestique. Sa mère, très nerveuse, présentait un tremblement accentué des mains. La malade se fait remarquer de bonne heure par une émotivité excessive. Quatre grossesses ; veuve à 30 ans. A la

suite d'une violente discussion, tombe dans un accès de profonde mélancolie, pleurant nuit et jour. Au bout d'un mois, tremblement des mains, suivi bientôt de palpitations et de goître. L'émotivité augmente.

Au moment de l'examen, on constate : une légère exophtalmie double, de 100 à 120 pulsations ; une hypertrophie moyenne des deux lobes du corps thyroïde, un tremblement continuel caractérisé par des oscillations menues et rapides, exagéré par les émotions, une diminution de la résistance électrique, des troubles vaso-moteurs. Pas de troubles de la sensibilité générale, ni de la sensibilité spéciale. Aucun stigmate d'hystérie. Réflexes normaux.

Affaiblissement considérable de la force musculaire. D'une émotivité extrême, elle est, de plus, triste, maussade, pleure facilement et craint de devenir folle. Céphalée à forme neurasthénique. Plaque sacrée, rachialgie. Dyspepsie, dysménorrhée, leucorrhée. Elle a des rêves tristes et souvent de l'insomnie.

22. Plaignard. — L'état mental dans le goître exophtalmique. *Thèse de Montpellier,* 1899.

Dégénérescence mentale. — Maladie de Basedow. — Obsessions. Impulsions au suicide.

Matt..., âgé de 41 ans, présente des antécédents héréditaires : *son père* est mort tuberculeux à 63 ans ; *sa mère* était d'une santé un peu fragile ; elle se plaignait facilement, à tout propos, et avait eu des crises nerveuses probablement hystériques. Il y a un *oncle maternel* déséquilibré, alcoolique, et une *cousine germaine* à l'asile des aliénés de Marseille depuis 4 ans.

Son histoire personnelle est des plus mouvementées, tant

au point de vue physique que mental. Il a eu des accidents convulsifs dans son enfance. D'une santé très délicate, il fut atteint de rougeole vers l'âge de 6 ans, de fièvre typhoïde vers 8 ans ; il eut des épitaxis fréquentes vers cette époque.

Jusqu'à 15 ans, il fut d'une maigreur extrême. A partir de cette époque, son état physique devint meilleur, et, vers 18 ans, il pesait 85 kilos. Il commença alors le tour de France pour se perfectionner dans son métier de serrurier-mécanicien, qui lui rapportait alors de fortes journées ; il ne présentait rien de particulier au point de vue psychique. Au moment où il s'établit pour son compte personnel, à 23 ans, il voulut épouser une jeune fille, d'une situation sociale supérieure à la sienne, ce qui empêcha le mariage. Matt.... en fut profondément affecté. Il épousa, cependant, une autre femme à 26 ans, et n'eut jamais aucun ennui de sa part. Vers cette époque, il perdit une certaine somme d'argent qu'il avait prêtée. Il quitta Marseille quelque temps. A son retour, en 1884, régnait une épidémie de choléra ; à peine descendu du train, il passe dans une rue très fréquentée en temps ordinaire, ne voit personne et est très effrayé. Quelque temps après, il abandonne son métier pour se charger d'une usine en association avec son frère, qui ne tarde pas à tomber malade et laisse la direction à Matt.... Celui-ci n'était pas encore au courant, d'où, nouveaux ennuis, à tel point qu'il ne mangeait plus et ne dormait plus. Il essaye de vendre cette usine qui valait une vingtaine de mille francs, et perd tout ; il avait 27 ans. C'est alors qu'il commença à avoir des palpitations, avec sensation d'angoisse et tendance à la syncope ; mais ces accidents étaient très atténués et n'avaient point encore la violence de ceux qui viendront dans la suite. Notre homme eut de nouveaux ennuis

avec son propriétaire ; de plus, il espérait recueillir un héritage qui ne lui revint pas.

Matt...., d'un caractère très instable, changea fréquemment de profession, et fit presque chaque fois de mauvaises affaires ; mis en faillite, il se trouva sans un sou.

Tous ces ennuis provoquèrent une insomnie tenace, accompagnée d'une violente céphalée ; les palpitations augmentèrent d'intensité ; il avait de vives douleurs précordiales et une angoisse extrême. De l'amaigrissement se produisit à vue d'œil. Examiné à cette époque par un médecin, aucune lésion organique du cœur ne fut constatée ; ce n'est que plus tard, après une variole hémorragique, qu'apparut une cardiopathie.

Saisi plusieurs fois par les huissiers, il n'a plus d'argent ; il essaie de se livrer à la représentation de commerce, mais les déboires continuent et il ne peut jamais réussir dans ses affaires ; il est même condamné une fois à six mois de prison pour banqueroute. Alors, il part pour Lyon, où il reprend son ancien métier ; il y travaille pendant deux ans. La vie redevient facile, car il gagne de fortes journées ; mais il est obligé de rentrer à Marseille à cause de la santé de sa femme. Très abattu déjà par de nombreux malheurs, son caractère a complètement changé ; il est triste, se plaint constamment, parle toujours de ses déboires, et ne cesse d'y penser, à tel point que cette idée arrive chez lui à l'état d'obsession. Sa femme devient plus gravement malade, et, coïncidence malheureuse, son fils est atteint en même temps de fièvre typhoïde. Il mange le peu d'argent qui lui reste, abandonne son travail pour soigner sa famille et tombe dans la misère, à tel point qu'il est obligé, pour vivre, de s'embaucher comme manœuvre.

Un jour, se trouvant à l'Hôtel-de-Ville, il aperçoit deux

individus de mauvaise mine et se figure qu'ils veulent le voler ; il est très effrayé. Les palpitations redoublent, ainsi que l'angoisse et les tendances à la syncope. Peu de temps après, il est atteint de variole hémorragique ; dans le cours de sa maladie, il entend le médecin qui le soignait prononcer la phrase suivante : « Il a eu un commencement d'attaque et aurait pu devenir fou. » Cette phrase passe chez lui à l'état d'obsession. Très affaibli, il ne pèse plus que 45 kilos. Il a des céphalées extrêmement violentes qui n'ont disparu que deux mois avant l'époque où nous le voyons ; ce sont des névralgies occipitales partant de la nuque et allant s'irradier à la partie postérieure de la tête. Il prend un magasin d'épicerie et vient dans un quartier excentrique ; ce sont alors de nouveaux ennuis ; ne pouvant payer les droits de régie, il est encore saisi. A ce moment, il est très agité ; les palpitations continuent, présentant toujours leur caractère angoissant, tendant à la syncope. « Les yeux me sortaient de la tête, dit-il lui-même, et tous les miens étaient effrayés de me voir ainsi. » Il avait alors de la boulimie, une polyurie considérable et une diarrhée persistante. Peu de temps après, il se fit examiner par un médecin, qui constata l'existence d'une cardiopathie dont nous parlerons plus loin.

Quand il sortait de chez lui, il s'arrêtait devant sa porte, sans pouvoir avancer davantage; une force mystérieuse l'obligeait à rester arrêté, et il ne pouvait se mettre en marche sans de longs efforts ; une fois parti, rien ne pouvait l'arrêter. Se promenant un jour dans le jardin de l'Ecole de Médecine, il ne peut absolument pas résister à l'idée de parler à un étudiant et oblige l'un d'eux, qui était à bicyclette, à s'arrêter pour répondre à ses questions ; c'était chez lui une obsession dont il ne pouvait se

défendre, et il n'en était débarrassé que lorsqu'elle était satisfaite.

Un soir, au moment où il se couchait, ses persiennes fermées et la lampe allumée dans sa chambre, il se vit lui-même pendu à la croisée ; rien ne pouvait éloigner cette obsession, qui dura environ cinq ou six mois, et ne se produisait que le soir, au moment où il se couchait. A partir de ce moment, l'idée de suicide ne le quitta plus ; il se traitait de lâche et se disait à chaque instant que, s'étant promis de se suicider, il devait le faire. Il lut un jour, dans un journal, qu'une jeune fille n'était pas morte après s'être précipitée d'un quatrième étage ; il ne voulait pas employer ce procédé de suicide, de peur qu'il en fût de même pour lui et renvoyait le moment fatal jusqu'après le 1er janvier 1896, époque à laquelle il fit une première tentative à l'aide d'un réchaud. Ce moyen n'ayant pas réussi, il attacha une corde à la croisée, mais ne donna pas suite à cette tentative, car il craignait de ne pouvoir mourir ; il se disait que du moment que la jeune fille n'était pas morte, il en serait de même pour lui et qu'il souffrirait inutilement. Il faisait tous ses efforts pour cacher ses idées à sa famille ; il se disait qu'il était perdu ; il avait peur lorsqu'il rentrait chez lui, n'osait pas sortir. Un soir, se voyant dans la misère complète, il fut pris d'une nouvelle impulsion au suicide, qu'il réalisa, cette fois ; mais la corde dont il se servit cassa et il put être sauvé à temps. Quoique pris sur le fait, il nia cette tentative et avait ensuite honte de lui-même.

A partir de ce moment, l'idée de suicide disparut et jamais plus il n'y a pensé.

Quelque temps après, malade, il est amené à l'hôpital de la Conception ; mais il est impossible de le décider à descendre de voiture, car il se figure que l'on va le mettre

sur une table de dissection et procéder à son autopsie tout vivant.

Le malade continue à avoir des insomnies très tenaces. Il entre à l'Asile en février 1898 ; il présente alors une exophtalmie assez considérable, qui persiste un mois. Peu à peu, les désordres psychiques et les symptômes basedowiens s'atténuent parallèlement. L'isolement paraît produire sur lui le plus grand bien. Rien de particulier à signaler durant ce premier séjour à l'Asile, sinon une poussée cardiaque organique sous une influence indéterminée, qui s'améliore avant sa première sortie. Il est calme, tranquille, ne présente plus aucune espèce d'obsession ni d'impulsion. Il sort au mois d'août de la même année en congé d'un mois. L'état mental reste stationnaire mais la cardiopathie s'aggrave : il présente de l'œdème des membres inférieurs, et rentre à l'Asile en hyposystolie. Sous l'influence d'un traitement approprié, il se remet de ses troubles cardiaques. Il est toujours calme et tranquille, les palpitations s'atténuent, l'hypertrophie de la glande thyroïde persiste ainsi qu'une légère exophtalmie et du tremblement. Il sort le 13 novembre 1898, et continue, depuis, sa vie de misère. Depuis sa sortie, il n'a pu trouver du travail, ou du moins ne reste pas longtemps en place lorsqu'il est embauché ; son caractère est toujours très instable, mais le malade n'a plus présenté au point de vue mental, ni impulsions, ni obsessions d'aucune sorte.

Il n'y a jamais eu chez lui ni syphilis, ni alcoolisme, ni rhumatisme ; on ne constate aucun stigmate d'hystérie.

Etat actuel. — Paraissant plus vieux que ne le comporte son âge, notre malade est très maigre et semble avoir beaucoup souffert. Extrêmement émotif, il pleure facilement, se tient tranquille avec peine, se lève pour parler, va, vient dans la salle où nous l'examinons. Il se plaint

d'une sensation de chaleur généralisée par tout le corps.

Il n'a pas d'asymétrie faciale, mais présente d'autres signes physiques de dégénérescence : voûte palatine en ogive, dents implantées irrégulièrement, oreilles mal ourlées, lobule adhérent.

On constate un léger degré d'exophtalmie.

Le corps thyroïde est augmenté de volume, surtout du côté droit ; il provoque de la gêne et même de la douleur à la déglutition. On perçoit à la palpation du cou un soulèvement rythmé produit par les battements du corps thyroïde.

Quand on fait étendre les mains du malade, on constate un tremblement, à oscillations de peu d'étendue, mais très rapides.

Le pouls marque 120 pulsations. A l'inspection de la région précordiale, on constate un mouvement d'ondulation de la peau à la pointe, qui bat dans le sixième espace intercostal. A l'auscultation, les bruits du cœur sont un peu rapides, mais on ne constate pas de véritable tachycardie ; un double souffle à maximum à la base est perçu nettement ; il y a insuffisance aortique avec hypertrophie. L'examen du cœur, fait avant la variole, n'avait rien donné ; nous pensons que cet organe, mis en état de moindre résistance par les palpitations, a été une proie facile pour l'infection variolique. A la vue, on constate nettement les battements des artères du cou.

Au point de vue mental, on ne trouve que de l'émotivité et de l'instabilité ; les troubles psychiques précédents paraissent complètement disparus.

Nous revoyons le malade le 12 février 1899. Ses palpitations ont reparu, on constate 112 pulsations à la radiale. Le corps thyroïde paraît augmenté de volume, le tremblement s'est accru. L'état mental semble, en même temps,

s'être aggravé. Toujours instable, ne pouvant tenir en place, le malade nous raconte qu'il a une situation magnifique aujourd'hui, alors, qu'hier, il était encore dans la misère. Il s'est improvisé entrepreneur-maçon, prétend qu'il exécute pour 60.000 francs de travaux, qu'il se promène en voiture ; sa tenue nous prouve le contraire. Il est vrai qu'il a pris une voiture pour venir à l'Asile, mais, ne pouvant la payer, il s'esquive et laisse le cocher attendre en vain son retour. Il va ensuite dans un restaurant où il ne peut non plus payer, et est mis pour ce fait en prison, d'où il nous écrit. Il termine ainsi sa lettre : « Je compte sur vous pour me sortir de cette situation, me rendre à ma famille et surtout à mes chantiers. »

23. Bidon. — *In* Plaignard. *Thèse de Montpellier*, 1899.

Hystérie. — Goître exophtalmique consécutif à l'excitation génitale.

Mme R..., âgée de 25 ans, nettement hystérique. Fille unique. Son *père* est mort d'une maladie de cœur ; sa *mère* s'est suicidée. Elle-même fut assez calme jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle eut lieu son mariage, trois ans après la mort de sa mère, mort qui lui avait causé un profond chagrin. M. le docteur Bidon, appelé auprès d'elle pour un goître exophtalmique, dont le début remontait aux premiers mois du mariage, constata une exophtalmie manifeste, un gonflement thyroïdien sérieux, de violentes palpitations et un tremblement vibratoire. Il ne put, tout d'abord, trouver la cause de ces désordres dont voici d'ailleurs l'évolution : dès les premiers jours de son entrée en ménage, son mari l'avait trouvée très énervée, sursautant au moindre bruit et se montrant particulièrement violente avec lui. Son caractère était devenu très

mobile ; elle passait facilement du rire aux larmes, mais était généralement triste et souffrait ; de plus, elle avait des insomnies tenaces ; pas de crises d'hystérie. Environ six mois après le mariage, commencèrent des palpitations, puis le cou se mit à grossir très graduellement et les yeux firent peu à peu une saillie remarquable qui donna bientôt un facies, tout autre que celui indiqué par une photographie, faite à l'époque des fiançailles. Le tremblement est survenu en dernier lieu.

Les troubles psychiques rendent la vie commune impossible, et c'est pour cela que le mari veut faire traiter sa femme. Mais, M. Bidon remarque bientôt chez lui le parti pris d'empêcher toute confidence de sa femme, et celle-ci, malgré une volubilité de parole exubérante, ne dit rien, qui puisse faire soupçonner l'étiologie de l'affection : on constate, seulement, une grande animosité contre le mari et le besoin incessant de changer de place. Il s'agit, quoique à un degré très atténué, d'une véritable excitation maniaque.

M. Bidon ne revit plus cette famille de quelque temps. Cinq ou six mois après, il apprit que le divorce avait été prononcé entre les conjoints et que la femme était guérie. Il eut l'occasion de rencontrer, un peu plus tard, cette dame, et constata une simple atténuation du goître et de l'exophtalmie ; le tremblement était à peu près aboli, les palpitations avaient cessé, les troubles psychiques avaient disparu ; elle vivait seule et avait l'air très calme. Longtemps après, M. le docteur Bidon apprit, d'une source indirecte, mais sûre, que la cause du désaccord conjugal, source de tous ces troubles, était une malformation congénitale du mari, ne permettant que des rapports très incomplets.

24. Raymond. — *Journal de médecine interne*, 1902.

Maladie de Basedow et dégénérescence mentale.

Jeune fille de 19 ans. Son *père* est scléreux, sa *mère* a eu des crises de nerfs.

La malade a eu, dans l'enfance, des convulsions. A sept ans, elle était petite, chétive ; elle était nerveuse. Réglée à 12 ans ; vers cet âge, elle avait des tristesses, parlait tout haut la nuit ; elle était craintive, tout l'impressionnait. Elle était couturière. A 17 ans, ses idées tristes ne l'avaient pas quittée ; elle avait toujours les yeux gros ; elle avait des battements de cœur ; la nuit, dans le lit, elle percevait ses battements. D'abord nocturnes, ils se produisirent ensuite nuit et jour. Cela dura trois mois. Un médecin l'isola dans sa chambre ; elle y eut des peurs ; elle voyait son cercueil, son enterrement ; elle entendit des voix qui lui disaient de se jeter par la fenêtre.

Son état s'améliora par l'hydrothérapie ; mais elle retomba ; la vue d'un incendie lui ayant causé une grande frayeur, ses obsessions, sa peur de mourir lui revinrent.

Elle a un léger tremblement des doigts, menu, rapide, huit ou dix oscillations par seconde. Elle a de l'exophtalmie. Pas de signe de *De Græfe* ; pas de *Mœbius* ; un peu de *Stellwag*. Les deux lobes latéraux du corps thyroïde sont un peu augmentés de volume. Le pouls est à 130 à la minute. Les réflexes sont normaux ; pas de troubles de la sensibilité.

25. Taubmann. — Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow. *Thèse de Paris*, 1903.

P. Buc..., 36 ans, coupeur chemisier.

Antécédents héréditaires. — *Père* buveur, mort de tuberculose pulmonaire ; *mère* vit encore, bien portante ; deux *frères* et la *sœur* sont morts de convulsions à cinq, trois et deux ans ; les deux *frères* survivants sont bien portants.

Antécédents personnels. — A été renversé par une voiture, à l'âge de deux ans ; à la suite de cet accident, il urine sous lui jusqu'à l'âge de six ans. Rougeole à trois ans. A treize ans, il tombe d'un deuxième étage, sur la tête, il ne se fait pas beaucoup de mal : il a un étourdissement et du torticolis. A 21 ans, étant militaire, il est envoyé au Sénégal, où il a des accès paludéens qui persistent cinq ans.

Toujours au Sénégal, il a eu la dysenterie et une insolation, à la suite de laquelle il a quitté, un soir, son poste, sans savoir ce qu'il faisait ; on l'a retrouvé à une distance de 95 kilomètres. Entré à l'hôpital, son agitation est telle qu'on doit l'attacher au lit. Il y reste deux mois.

Libéré du service militaire en 1899, il revient à Paris chez ses parents, et devient coupeur-chemisier. Il buvait beaucoup, surtout de l'absinthe, 3 ou 4 verres par jour.

Dans la même année, il se marie avec un jeune fille très nerveuse : elle avait des crises, tombait et criait, elle était, en outre, très irritable. Pendant les trois premiers mois, tout allait pour le mieux dans son ménage, mais ensuite, de violentes disputes éclataient journellement. Il est alors devenu, de très gai qu'il était auparavant, d'un caractère sombre ; il restait des heures entières sans prononcer une parole. Il passait plusieurs jours sans manger et sans en sentir le besoin ; il avait de fréquents maux de tête, survenant surtout le soir et transpirait la nuit.

Un jour du mois de juillet 1890, il quitte sa femme à huit heures du matin, pour aller à son travail ; la nuit

précédente, il avait eu des cauchemars et se sentait mal à la tête. Il reste à son travail jusqu'à quatre heures de l'après-midi. On lui fait une observation sans aucune importance, et, profitant de ce que son patron venait de quitter l'atelier, il s'habille, dit aux autres ouvriers qu'il est malade et qu'il rentre chez lui. Rentré et ne trouvant pas sa femme, il est allé vendre ses vêtements de mariage à un brocanteur ; il voulait aussi lui vendre ses meubles, mais le brocanteur n'en a pas voulu. Il avait donc de l'argent sur lui (225 fr.). A partir de ce moment, ses idées deviennent vagues : il se souvient seulement avoir laissé la clef à la concierge ; il n'avait rien bu ce jour-là. Et puis... rien. A un moment donné, il a été très étonné de se trouver sur les bords de la Seine ; il demande où il se trouve ; on lui dit qu'il est à Rouen. Il était trois heures de l'après-midi ; il avait la bouche en feu et ne pouvait rien manger. Il était propre et n'avait plus que trois francs dans sa poche. Il ne se souvient absolument de rien, en ce qui concerne ce voyage, et il ne sait pas comment il est parti de Paris, ni comment il se trouve à Rouen.

Pendant quelques jours, sa femme le laisse tranquille ; puis les disputes recommencent ; entres autres choses, sa femme lui reproche sa fugue à Rouen. Durant quinze jours, il travaille assez bien, quoique étant demeuré un peu sombre.

Le quinzième jour, à deux heures de l'après-midi, Buc demande à son patron l'avance de l'argent gagné durant cette quinzaine, de façon à aller à Caen, assister au prononcé de son divorce. Possédant cet argent, il se dirige vers le département de l'Aisne ; il rencontre, en route, un parent qui lui demande où il va, et le malade répond — il était en état second à ce moment-là — qu'il a acheté

un vieux couvent à Saint-Quentin pour y monter une filature. Il ne peut pas se rappeler la ville où il s'est réveillé ; ce qu'il sait, c'est qu'il n'avait plus un sou sur lui et qu'il a été renvoyé à Paris par les soins de la gendarmerie. Il avait les yeux brillants et sortis de la tête, et on lui avait demandé s'il avait toujours eu les yeux comme cela, à quoi il ayait répondu qu'il n'en savait rien. Comme pour la première fugue, amnésie absolue de tout ce qui s'est passé pendant les trois jours qu'il est resté absent de Paris.

Un mois plus tard, il se trouve à Cherbourg sans savoir comment il y est arrivé. Il y avait quinze jours qu'il était parti de Paris. Avant de partir, il avait emprunté 100 francs à son patron, lui disant qu'il avait à toucher de l'argent quelque part. De Cherbourg, il envoie à sa mère deux lettres, où il lui dit qu'il en a assez de la vie.

A la suite de cette troisième fugue, sa femme le quitte ; il la supplie de reprendre la vie commune, mais sa femme refuse nettement. Alors il monte chez sa mère où il tombe : il perd complètement connaissance, écume, urine sous lui — ne se mord pas la langue.

Il a trois crises semblables dans la même journée.

Peu de temps après, un dimanche, vers six heures du soir, il rentre chez lui, il se met à lire, lorsque, tout d'un coup, sa vue s'obscurcit : il sent comme un brouillard lui passer devant les yeux, il tombe à terre, où il se débat et brise tout dans sa chambre.

Le lendemain matin, il va à son travail, qu'il quitte dans l'après-midi pour faire une livraison... et il se réveille dans une grande salle avec des prisonniers. Il était au Mans, dans une prison. Il y était depuis cinq jours, et — lui disait-on — il paraissait avoir l'air malade.

Quant à lui, il ne peut pas s'expliquer comment il est arrivé au Mans, ni pourquoi il s'est trouvé en prison.

A la suite de cette dernière fugue, il a eu des crises nerveuses très fréquentes, analogues aux précédentes, parfois aussi avec perte de matières fécales, mais sans jamais se mordre la langue. Il demande alors son internement à Saint-Anne, où il est admis, le 5 juin 1891, dans le service du Dr Magnan.

Interrogé, il dit que six mois avant son mariage — c'est sa mère qui le lui a raconté — il était allé trouver le commissaire de police de son quartier, et lui avant raconté avoir volé de l'argent à son patron. Il est resté au dépôt cinq jours, pendant lesquels il délirait ; il disait entendre des voix lui annonçant qu'il allait faire beau, qu'il allait pleuvoir. Il se croyait le directeur du Louvre ; le plus grand astronome de France. Dieu lui parlait parfois. Une voix le faisait partir d'où il était et il suivait cette voix.

C'est seulement le cinquième jour qu'il a repris connaissance, et il a reconnu alors qu'il s'était accusé sans savoir ce qu'il faisait. Son patron avait d'ailleurs déclaré qu'il ne lui avait rien volé.

Il n'était que depuis peu de jours à Saint-Anne, lorsqu'il eut une crise qui dura deux heures. Le lendemain et le surlendemain, il présenta une crise d'intensité égale à la première, puis les crises s'espacèrent peu à peu.

Le 5 juillet, vers 3 heures du soir, pendant qu'il causait avec sa mère, il a tout à coup cessé de répondre aux questions qu'elle lui adressait ; il est resté les yeux fixes, grands ouverts, avec des mouvements convulsifs, puis s'est levé, a rougi manifestement, a tiré son mouchoir de sa poche et, pendant plusieurs minutes, l'a froissé automatiquement, semblant y chercher des bêtes qui s'en échappaient toujours. Ensuite, le malaise s'est dissipé ;

pendant cinq minutes, le malade a pu causer tranquillement et raisonnablement avec sa mère ; puis, de nouveau, les mêmes phénomènes se sont reproduits : il a repris son mouchoir, a fait les mêmes gestes et est sorti de la même façon de son vertige.

A quatre reprises, les mêmes faits ont recommencé. La quatrième fois, il a prononcé des paroles incohérentes, il délirait : il entendait des personnes l'appeler de loin, il les regardait, leur faisait des signes, leur répondait : « J'y vais, me voilà. » On avait beaucoup de peine à le maintenir et à l'empêcher de franchir la porte, tant il était tenace à vouloir partir. Puis, à un moment, donné, voyant la salle où l'on recevait les parents des malades, il a dit : « Tiens, nous voilà enfin à la gare, voici la salle d'attente ; je vais prendre mon billet. » Une personne traversait à ce moment la salle, ce qui fit dire au malade : « Voici le chef de gare. »

Sa mère, alors, l'a quitté et on l'a fait entrer de force dans la salle. Tout cela a duré environ une demi-heure.

Après un séjour de trois mois à Sainte-Anne, il a été envoyé à Ville-Evrard, dans le service du Dr Marandon de Montyel.

Quinze jours après, il se sauve de l'hospice, en sautant le mur.

Nous n'avons pas tous les détails relatifs aux fugues qu'il a eues ultérieurement à son internement à Ville-Evrard. Consultant le registre d'entrée et de sortie de cet hospice, on voit que, de 1891 à 1901, il a quitté onze fois l'hospice, une ou deux fois seulement sur sa demande, les autres fois sans savoir comment, et presque toujours, il a été réintégré à l'hospice par les soins de la préfecture de police, ce qui, d'ailleurs, explique l'absence de renseignements, sur ces fugues.

Pourtant, la mère du malade a pu nous donner certains détails. Ainsi, une fois, il s'est sauvé de Ville-Evrard en sautant le mur en compagnie de deux autres malades, des épileptiques. Tous les trois s'improvisent chanteurs ambulants, chantant dans les cours et aux carrefours ; à un moment donné, ils aperçoivent des gendarmes ; ils prennent peur et se séparent précipitamment. La mère du malade nous dit que le lendemain matin elle voit, dans la cour de la maison où elle était concierge, un homme très sale, mal habillé, avec les vêtements déchirés, qui avait l'air ahuri, les yeux sortis de la tête et regardait sa fenêtre. Elle reconnaît son fils, va lui parler, mais il ne répond pas et a l'air de ne rien entendre. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'il s'est réveillé comme en sursaut, dit sa mère ; il ne se souvenait pas de ce qui s'était passé depuis qu'il avait quitté l'hospice, jusqu'au moment où sa mère lui parlait.

En 1896, il s'évade de Ville-Evrard en habits de surveillant de l'hospice ; on le retrouve à Versailles. Comme pour toutes les autres fois, il ne savait pas comment il était arrivé à Versailles, ni comment il avait fait pour être habillé en surveillant.

En août 1898, à la suite de contrariétés nouvelles, il avait demandé sa sortie, et on la lui avait refusée ; notre malade devint morose ; un accès d'angoisse apparut, les troubles basedowiens — car, nous le verrons plus loin, notre malade était Basedowien — acquirent plus d'intensité. Dès ce moment, Buc... eut l'intention de s'en aller n'importe comment : de fait, le mardi 11 août 1898, il partit. Comment ? Il n'en pourrait préciser les circonstances ; tout au plus se souvient-il d'une porte ouverte devant lui.

Le samedi 15 août, il se réveille à Lille, rue Esquer-

moise. Se trouvant sans ressources, il s'adresse au commissariat central, qui le fait interner au pavillon spécial de l'hôpital Saint-Sauveur.

Au commencement de son séjour à Ville-Evrard, les palpitations deviennent de plus en plus violentes ; la difficulté de la respiration augmente ; le malade étouffe, il ne peut pas dormir la nuit, il a des sueurs profuses, il a la gorge serrée, ses mains et ses pieds tremblent, il ne peut plus rester debout. A la visite, il se plaint, au médecin, qui l'examine et constate que le malade est atteint de goître exophtalmique.

Il a des palpitations violentes, des tremblements, surtout localisés aux membres supérieurs, l'empêchent de saisir les objets. A ces symptômes sont venus se joindre des accès d'angine de poitrine : le matin, après une toux légère, les douleurs apparaissent, s'irradiant dans le bras gauche qui demeure engourdi, tandis que seul le petit doigt est le siège de crampes. Le bras droit participe quelquefois à l'accès et plus rarement le bas-ventre.

A la région précordiale, il y a tantôt sensation de piqûre, tantôt sensation d'étau. L'intensité des troubles est variable, il y a des paroxysmes qui se présentent pendant six à sept jours consécutifs avec des intervalles de 2, 3, 4, 5 jours au maximum. Ils ne viennent pas à heures fixes et ne se montrent pas plutôt la nuit que le jour.

Le malade se plaint « d'un serrement de gorge » dû au au développement du goître. Il est cyanosé, à la fois gêné par la dyspnée et par les bouffées de chaleur, qui sont venues compléter le tableau. La face brûlante, le corps en sueur, il rejette toute couverture et trouve ainsi quelque soulagement à sa gêne.

Il a du dérobement des jambes pendant la marche ; il présente, la nuit, des troubles bizarres ; les jambes fléchis-

sent brusquement, puis se raidissent, éveillant le malade. Troubles digestifs : appétit variable, de la boulimie passant brusquement à l'anorexie et inversement. Diarrhée.

Le corps thyroïde est augmenté de volume ; il s'est développé par poussées successives ; exophtalmie bilatérale, hypersécrétion lacrymale, yeux vite fatigués, battements fréquents des paupières.

Amaigrissement de 20 kilogs. Les urines, tantôt rares au point de manquer pendant une journée, sont d'autres fois très abondantes. On n'y aurait jamais trouvé d'albumine ni de sucre.

Du côté de la peau, apparurent des lésions que Charcot rattacha au goître : taches grisâtres, pigmentaires, acné rosée, taches de vitiligo.

Le malade était hyperesthésique et dermographique : les raies qu'on lui dessinait sur la peau subsistaient 4 ou 5 heures.

Phénomènes vaso-moteurs localisés au genou, à la jambe, à la cheville gauche : des douleurs aiguës, lancinantes, durèrent environ 15 jours et furent suivies pendant 4 jours d'un œdème blanc, mat, très douloureux à la pression. Le tout disparut subitement en une seule nuit, et les phénomènes se représentèrent identiques, 10 mois après.

Avec le complexus symptômatique, le malade a été envoyé, vers la fin de l'année 1892, à la Salpétrière, où le professeur Charcot porta le diagnostic de goître exophtalmique et d'hystérie, et le fit traiter par l'électrisation : plaque dans le dos, et tampons sur les yeux, les carotides et le cœur.

Après chaque séance, le malade regagnait son lit en titubant et devenait la proie de paroxysmes : étouffements, douleurs précordiales, laryngées, sueurs, angoisses terri-

bles qui désespéraient le malade et lui firent tenter de mettre fin à ses jours.

Après un mois de ce traitement infructueux, Charcot le remplace par des applications de sachets de glace à la région précordiale et l'administration de bains tièdes de une heure et demie de durée. Résultats assez bons, et Buc..., après un séjour de deux mois à la Salpétrière, retourne à Ville-Evrard, où le même traitement est continué pendant deux mois. Puis, le malade étant très fatigué, on cesse.

A ce moment, il avait presque quotidiennement des crises de goître exophtalmique. Ces crises — qui survenaient sans aucune cause, et après lesquelles il restait des heures entières abattu et prostré — ont gardé cette fréquence pendant quelques mois, par périodes de 9 à 10 jours, séparés par de courtes périodes de tranquillité relative.

Il a eu parfois des fugues, à la suite de certaines de ces crises de goître exophtalmique.

Ces crises sont ensuite devenues de moins longue durée et surtout plus espacées.

En 1895, pendant le mois de janvier, il se promène dans la cour et est pris de bouffées de chaleur ; il entre en transpiration et, n'en pouvant plus, il se dévêt. Comme il fait un froid rigoureux, il attrape une pleurésie qui le tient 45 jours au lit. L'exophtalmie augmente à cette occasion.

Depuis la déclaration du goître — 1892 — il n'a plus eu de crises nerveuses, sauf une seule fois, en 1896, quand il fut frappé d'une hémiplégie droite qui a duré 15 jours et qui a guéri complètement : les membres supérieur et inférieur droits sont seulement un peu plus faibles et hypoesthésiés.

Enfin, le 20 octobre 1902, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Brissaud.

Le malade présente tout le complexus symptomatique de la maladie de Basedow.

Cœur. — Tachycardie, 150 pulsations, battements réguliers, pas de souffle. Palpitations. Carotides largement dilatées avec pulsations vigoureuses et souffle rude.

Corps thyroïde. — Le côté droit est plus volumineux que le gauche. Hypertrophie moyenne. L'augmentation de volume s'est faite par poussées successives, coïncidant avec l'aggravation des troubles cardiaques et de l'exophtalmie. La tumeur est molle et se réduit un peu par la pression. On entend à son niveau un souffle, isochrone au pouls.

Volume variable : il y a des périodes de régression et de recrudescence. Les émotions, les efforts la font augmenter de volume, et alors le malade a de la peine à respirer ; il étouffe, il a des accès de suffocation ; sa voix devient rauque.

L'exophtalmie est bilatérale et subit les mêmes variations que le goître, sous les mêmes influences. Il y a de l'hypersécrétion lacrymale, le malade a de la diminution de l'acuité visuelle, parfois de la diplopie.

La musculature interne de l'œil est respectée.

Accommodation normale : champ visuel rétréci ; pupilles normales ; un peu de photophobie ; parfois mouches volantes, étoiles ; il voit tout danser.

Membres : faiblesse parfois, surtout dans les membres inférieurs. Le côté droit est plus faible que le gauche, par suite de l'hémiplégie guérie.

Dérobement de jambes : Tremblement généralisé : membres, tête, oscillations brèves, sueurs régulières, persistant au repos.

Névralgies : frontale, occipitale, oculaire ; douleurs rétro-sternales et abdominales. Coliques ; souvent crises de diarrhée, sensation de chaleur continuelle, surtout le soir ; il transpire beaucoup ; insomnie, souvent cauchemars.

Polyurie ; pas d'albumine ; impuissance. Le caractère très changeant : tristesse et joie successives, agitation ; le malade est impatient, irascible.

Il a parfois des « idées noires » ; il veut en « finir avec la vie » ; idées de suicide. Les sentiments affectifs sont très émoussés.

Le 7 novembre, le malade a été pris d'envie de s'en aller sans savoir où ; il sentait un besoin impérieux de sortir de l'hôpital, de marcher ; mais il conservait un peu de conscience, et il a pu lutter contre cette impulsion. La lutte a duré 4 heures, pendant lesquelles il marchait dans la salle de long en large. Les malades qui le voyaient « tout bouleversé » lui adressaient la parole, mais il ne leur répondait pas ; il avait l'air de ne pas les entendre. Il nous raconte, le lendemain, que, pendant qu'il marchait, il se disait qu'il n'était pas guéri, qu'il ferait mieux de rester à l'hôpital, mais les jambes le forçaient à marcher malgré lui. Au bout de quatre heures de marche, il s'est couché dans son lit, et est revenu à son état normal. En même temps, les symptômes basedowiens, qui, pendant la crise, étaient à leur comble, se sont complètement apaisés.

Le 10 novembre, M. le professeur Brissaud, qui lui en avait déjà parlé antérieurement, lui dit que le moment serait favorable pour se faire opérer. Le malade demande sa sortie le lendemain et rentre à Sainte-Anne, où il se trouve encore en ce moment.

B. — Hallucinations et délires passagers au cours de la maladie de Basedow

Les hallucinations ont été souvent signalées, parmi les manifestations psychiques du goître exophtalmique.

Gilbert Ballet a montré qu'elles étaient souvent l'origine d'un délire, et c'est pour cette raison que nous réunissons dans ce paragraphe les hallucinations et certains délires passagers des Basedowiens.

Au début de la maladie, on observe le plus souvent des hallucinations hypnagogiques : les malades ont des cauchemars qui se continuent à l'état de veille ; plus tard, les troubles sensoriels reviennent spontanément. Ils sont constitués, très fréquemment, par des visions terrifiantes ; dans quelques cas, les malades entendent des voix, et ces perversions auditives peuvent être l'origine d'un délire de persécution.

Mieux que toute description, un résumé des principaux faits donnera une idée de ces troubles psychiques. Nous nous bornerons à rappeler que, dans beaucoup d'observations citées plus haut, nous avons trouvé déjà des hallucinations et du délire.

Marie D. (Raymond et Sérieux, observation N° 10) présentait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, au cours d'une bouffée délirante caractérisée par des idées de persécution et par de l'agitation maniaque.

Le malade de Vigouroux (Observation N° 14) avait, en même temps que des impulsions, des vertiges et des hallucinations.

Une des exophtalmiques observées par Bidon (Obs. N° 18) voyait des personnages fantastiques dans sa

chambre : c'étaient, le plus souvent, des personnes de sa connaissance ou de sa parenté décédées depuis longtemps ; un sentiment de peur accompagait ces visions.

Le malade de l'observation N° 22 (Plaignard) se voyait lui-même pendu à sa croisée, tous les soirs, au moment de se coucher ; cette hallucination était liée à une obsession suicidique.

26. Jensen. — Un cas de maladie de Basedow compliqué de folie. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie,* 1877.

Femme de 31 ans, à tendances mélancoliques, depuis la jeunesse, irascible, opiniâtre, susceptible, chez laquelle, au cours du goître exophtalmique, on vit se succéder en six mois un accès de délire mélancolique (anxiété, agitation, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe), un accès maniaque et, enfin, un accès de délire hallucinatoire qui guérit.

27. Boedecker. — Etude clinique sur les troubles mentaux dans le cours de la maladie de Basedow. *Annales de la Charité,* 1899. Trois observations.

Femme de 45 ans, née d'un père alcoolique et d'une mère très nerveuse, ayant parfois du tremblement des mains. Un de ses fils a eu un accès ambitieux, qui a guéri et il a fait une tentative de suicide.

A la suite d'un accouchement, survient un accès de délire mélancolique passager. Plus tard, apparaît un goître exophtalmique accompagné de troubles neurasthéniques, et bientôt suivi d'un nouvel accès de délire mélancolique. Celui-ci guérit assez vite, mais trois mois après survient un accès de délire hallucinatoire qui dure deux mois.

28. *Ibid.* — Femme de 28 ans, Basedowienne, fille de Basedowienne. Elle est atteinte de débilité intellectuelle. Craintes hypocondriaques. Un accès délirant accompagné de manifestations épileptiques. Un deuxième accès caractérisé par des idées de persécution et des idées de grandeur avec hallucinations de l'ouïe.

29. *Ibid.* — Femme de 24 ans à antécédents héréditaires psychopathiques. Trois ans après le début de la maladie de Basedow, éclate un accès mélancolique accompagné d'hallucinations visuelles et auditives pénibles et des idées de suicide. Dans le cours de l'accès, se manifestent des bouffées très passagères d'excitation maniaque (loquacité, excitation, chant).

30. Joffroy. — Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow. *Soc. méd. des Hôp.* 11 *avril* 1890.

Maladie de Basedow. — Troubles psychiques. — Hallucinations hypnagogiques.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, présentant, depuis cinq mois, les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, palpitations, pouls habituel de 112 à 120 ; tremblements des mains, tumeur thyroïdienne assez volumineuse, dure, avec battements perçus par la malade et appréciables au toucher ; très peu d'exophtalmie.

Cette malade, qui a toujours été très nerveuse, très impressionnable, a eu, autrefois et à plusieurs reprises, des syncopes, des accès de dyspnée avec constriction laryngée et des bizarreries de caractère. Elle présente un peu d'ova-

ralgie gauche, bref, des signes suffisants pour admettre un léger degré d'hystérie.

Elle a vu, il y a déjà longtemps, un chien enragé et a eu une très grande peur. Pendant les deux années qui ont suivi, elle a souvent revu, dans un rêve pénible, cet animal tel qu'elle l'avait vu une première fois ; puis, peu à peu, ce cauchemar est devenu de plus en plus rare et enfin avait disparu depuis plusieurs années, quand, il y a cinq mois, est survenue la maladie de Basedow.

Actuellement, cette malade fait de nouveau ce rêve, se réveille dans un état de malaise et de frayeur, et, tout en étant éveillée, elle continue non pas à se représenter, mais à voir l'animal avec l'œil mauvais, la queue entre les jambes, marchant d'une allure un peu pressée, absolument comme s'il s'agissait d'une réalité. Cette hallucination persiste pendant un temps très appréciable, peut-être plus de cinq minutes.

Tout d'abord, quand la malade se réveille, elle est sous l'illusion entière de l'hallucination ; puis, peu à peu, la conscience revient, la malade constate qu'elle est dans son lit, dans sa chambre, dans l'obscurité et qu'elle est victime d'une sensation imaginaire ; mais, malgré tout, l'hallucination persiste encore quelque temps avec une netteté toute matérielle.

D'autres fois, la malade a l'illusion que sa chambre, au milieu de l'obscurité de la nuit, est éclairée par une lumière blanche, analogue à celle de la lumière électrique. Mais elle constate facilement qu'il ne s'agit là que d'une fausse sensation, puisqu'elle ne peut, quoique la lumière soit intense, apercevoir les meubles ou les objets qui sont autour d'elle.

Je mentionnerai encore l'hallucination suivante, débutant comme la première par un cauchemar. Un homme

cherche à pénétrer dans la chambre par effraction, et la malade l'aperçoit nettement au travers des rideaux transparents de la fenêtre. Elle se réveille en sursaut, continue à être en proie à une grande frayeur, à voir la silhouette du malfaiteur ; puis, la conscience revenant, elle se dit que cela ne peut pas être, puisque des rideaux très épais sont soigneusement tirés et qu'on ne pourrait apercevoir un homme derrière la fenêtre. Mais, malgré tout, l'hallucination persiste encore quelque temps.

31. Ballet. — Des idées de persécution dans le goître exophtalmique. *Société médicale des hôpitaux*, 1890.

Maladie de Basedow. — Idées de persécution. — Hallucinations hypnagogiques.

Homme de 33 ans, présentant des antécédents héréditaires, nettement hystérique et atteint de maladie de Basedow. Ce malade a des idées de persécution. Il est constamment inquiet, toujours défiant ; il est extrêmement difficile de capter sa confiance et d'obtenir des réponses.

Il est convaincu qu'on lui en veut, qu'on le persécute ; aussi a-t-il horreur de la société et recherche-t-il la solitude. Au café, il remarque que des voisins parlent de lui ; aussi se hâte-t-il de sortir ? A l'hôpital, il se méfie des malades ; les infirmiers lui en veulent. Il accuse son père, envers lequel il s'est livré à des voies de fait. Il a tenté de se suicider. La nuit, il a des hallucinations de la vue : il voit ses oncles morts ; il voit des juges qu'il a eu réellement sous les yeux, au Palais de Justice ; il voit les gendarmes ; il entend des cliquetis de sabre, etc. ; il voit d'abord ces personnes en rêve, puis continue son cauchemar tout éveillé.

32. Renaut. — Observations pour servir à l'histoire des troubles cérébraux dans la maladie de Basedow. *Soc. méd. des hôp.*, 28 mars 1890.

Goître exophtalmique. Absence d'hystérie et de troubles psychiques antérieurs. — Délire de persécution passager. — Tentative de suicide.

A. V..., 57 ans, entre à l'hospice du Perron, le 24 septembre 1885. C'est une fille dont la santé a toujours été délicate, née d'un père phtisique, mort à 53 ans, et d'une mère, morte à 75 ans, dont le caractère était simplement nerveux. Mais, enquête faite, on n'a point constaté de maladies nerveuses proprement dites, ni d'affections mentales chez les ascendants de cette malade.

Réglée à 15 ans, régulièrement. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Sa ménopause est arrivée à 45 ans sans aucun accident.

A peu près à cette même époque, elle éprouve de nombreuses difficultés d'existence et des chagrins de toutes sortes. Elle est prise alors d'hémoptysies qui se renouvellent quatre fois dans l'espace de quelques semaines. Alors, son cou devient volumineux, elle a des palpitations, des accès d'oppression, une sensation perpétuelle de chaleur et enfin de l'exorbitisme, de sorte que, dès son entrée dans le service de M. le professeur Renaut, on pose le diagnostic de maladie de Graves.

La malade y fait un long séjour sans rien présenter d'abord de particulier au point de vue mental. Puis, brusquement, elle devient sombre, craintive, se cachant contre son oreiller dès qu'on veut l'interroger. On recherche les raisons de ce changement ; on constate l'absence de tout stigmate d'hystérie. Au bout de quelques jours, elle réclame son exeat, sous prétexte qu'on lui en veut dans la salle, qu'on la regarde de travers, etc...

Elle finit par obtenir sa sortie, et, le jour même, elle se jette au Rhône, d'où elle est retirée par des bateliers.

Depuis lors, elle cache soigneusement sa tentative de suicide dont elle a honte. On parvint néanmoins à savoir qu'elle avait agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible à en finir avec la vie, celle-ci lui ayant paru subitement insupportable. Elle a conscience que cette manière de voir était illusoire.

D'ailleurs, aussitôt après sa tentative de suicide, elle a cessé d'entendre des voix et de songer uniquement à ses chagrins.

Dès son entrée au Perron, sa cérébration est devenue parfaite. Elle est seulement tourmentée par d'anciennes névralgies.

Au point de vue du syndrome de Basedow, l'état de A. V... était le suivant en 1889 :

Goître : bien développé, surtout à gauche, donnant la sensation d'une masse molle. On voit des battements isochrones à la pulsation cardiaque. Pas de souffle. Ce goître gêne la malade surtout dans la course, les travaux pénibles, au point de lui causer parfois des accès de suffocation. De temps en temps, la voix devient rauque, sans motifs apparents.

Exorbitisme : L'exophtalmie est très prononcée, bilatérale. Pas de troubles fonctionnels de la vue.

Le tremblement qui manquait au début commence à apparaître, encore que peu accusé. On trouve quelques oscillations aux doigts.

Ce tremblement s'exagère parfois au point de la gêner dans son travail de couture.

L'état nerveux général est peu développé. Le système des vaso-moteurs de la face est légèrement parésié. Le teint du visage et du cou est coloré. La rougeur existe

aussi aux mains et aux pieds. Partout où elle existe, la patiente ressent une sensation de chaleur très marquée et qui la tourmente. Pas de troubles trophiques, ni d'œdèmes, ni d'éruptions figurées à la peau.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Février 1890. Même état, plutôt atténué dans son ensemble. L'exophtalmie, en particulier, a paru rétrograder. Aucun trouble mental, aucun stigmate hystérique ne peuvent être relevés.

33. Rendu. — Article goître exophtalmique. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Une femme atteinte de goître exophtalmique avec insomnie se plaignait de cauchemars insupportables ; il lui semblait voir une foule d'objets lumineux d'apparence vague, qui, pendant la nuit, s'agitaient autour de son lit ; bientôt ces objets prenaient des contours déterminés et devenaient des formes humaines ; aux hallucinations de la vue se joignaient des hallucinations de l'ouïe ; au milieu de l'obscurité, elle entendait distinctement des voix qui l'appelaient et la jetaient dans une angoisse inexprimable. Cette malade, fort intelligente, exprimait parfaitement ses impressions successives. Au début, elle sentait qu'il s'agissait de purs cauchemars et n'y faisait point attention ; puis, elle avait conscience que son cerveau se prenait et qu'elle n'avait plus d'empire sur elle-même ; le lendemain, elle était encore sous l'influence de cette idée fixe et restait persuadée qu'elle allait perdre la raison. Ces accidents durèrent une quinzaine de jours et disparurent.

34. Brunet. — Dégénérescence mentale et goître exophtalmique. *Thèse Paris,* 1893.

Les troubles psychiques débutèrent en même temps que les premiers symptômes du goître exophtalmique. Le sommeil était très agité ; la malade avait des cauchemars terrifiants : elle voyait des loups et des chiens enragés, les membres de sa famille morts. Ces rêves l'épouvantaient à tel point, que, non seulement elle se réveillait en sursaut, mais que, toute la journée, elle restait sous leur pénible impression. Les troubles psychiques cessèrent avec l'amélioration du goître exophtalmique.

35. Parrhon et Marbe. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow. *L'encéphale,* 1906, N° 5.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, dont les parents ne présentent pas de manifestations pathologiques appréciables ; il en a été de même pour ses grands-parents. Mais on trouve, par contre, de nombreux troubles morbides chez les collatéraux de la ligne paternelle. C'est ainsi qu'une sœur du père s'est suicidée en se jetant dans l'eau. On dit qu'elle était folle. Une autre sœur présente des crises de bâillements et est très superstitieuse. Un frère (du père) est alcoolique ; un autre, bien que déjà âgé et marié, est incapable d'apprendre un métier quelconque ou de trouver une occupation. C'est sa femme qui l'entretient. Celle-ci est normale, mais elle donna naissance à un monstre. Les cousins et les cousines de la malade (du côté paternel) présentent des stigmates de dégénérescence.

En ce qui concerne la malade elle-même, nous notons ce qui suit : son corps thyroïde s'est hypertrophié depuis

huit ans. Elle a été menstruée à l'âge de 13 ans. Les règles étaient abondantes et duraient quatre jours. C'est depuis cette époque que la malade présente des palpitations et est devenue très irritable, entrant en colère aux moindres contrariétés.

Quand elle était encore à l'école, il lui arrivait souvent d'être obligée de s'arrêter en route, à cause de ses palpitations violentes. Quand elle était examinée, elle était prise de tremblements et de palpitations, et l'émotion l'empêchait de répondre. De même, elle ne pouvait jouer du piano à cause de l'émotion.

Elle sentait sa gorge se sécher, sa vue se voilait et elle n'y voyait plus. La malade sentait de même comme un nœud dans la gorge qui l'empêchait de manger. Elle a suivi sans succès plusieurs traitements, et, en 1905, elle subit la résection bilatérale du sympathique cervical.

Dans l'observation prise par l'un de nous en 1904, nous trouvons signalés les détails suivants : le corps thyroïde est hypertrophié ; la circonférence du cou est de 345 mm. Les amygdales sont hypertrophiées. La malade présente une tachycardie manifeste, ainsi que des palpitations violentes. Les membres supérieurs présentent un tremblement fin, à oscillations rapides.

Plus intéressants sont les troubles psychiques présentés par cette malade. Nous notons d'abord une irritabilité exagérée. La malade entre en colère aux moindres contrariétés et adresse des paroles violentes à ceux qui l'ont fâchée. Cet état psychique s'accompagne d'une congestion du visage, d'une sensation de bouffée de chaleur qui lui monte dans la tête, ainsi que d'une sensation d'étouffement. Elle présente, en même temps, des palpitations et un tremblement de tout son corps. Sa parole est également tremblante. Pour se calmer, elle se couche et après quelque

temps, elle présente une crise de bâillement qui souvent dure de 15 à 20 minutes. Dans le lit, elle se sent souvent sur le point de s'évanouir.

La malade est très ambitieuse, égoïste, malicieuse. Elle tient toujours à faire dominer ses désirs et veut que les autres fassent ce qu'elle désire, ce qu'elle obtient d'ailleurs facilement, car les siens cherchent à lui épargner les colères.

La malade présente encore des phobies multiples, c'est ainsi qu'elle a peur de rester seule dans une chambre, parce que quelqu'un pourrait venir la tuer, ou bien, quand sa sœur sort, elle a peur que cette dernière ne s'évanouisse dans la rue.

Ces phobies ont fait leur apparition il y a deux ans, à la suite d'un traumatisme psychique. La malade a été effrayée par l'indisposition de l'une de ses sœurs. Elle a poussé un cri et est tombée sans connaissance. C'est depuis cet accident que la malade a commencé à présenter des phobies.

La malade est sujette à des hallucinations visuelles. Elle voit des ombres d'hommes qui l'effrayent. Ces hallucinations sont presque continuelles, et se produisent surtout quand la malade change la direction du regard ou quand un objet quelconque se déplace. Alors, la malade effrayée commence à pleurer, et présente des palpitations. Puis le calme revient et elle se rend compte de l'irréalité de ses apparitions. Ses rêves sont d'habitude pénibles. Elle voit des morts, elle croit se suicider ou bien elle voit des animaux qui lui font peur. Parfois elle rêve sur les événements sensationnels qu'elle a lus dans la journée.

En 1905, la malade subit la résection bilatérale du sympathique cervical. L'opération fut pratiquée en deux fois.

Elle dit avoir vu pendant la chloroformisation un grand animal cornu qui lui chuchotait à l'oreille : « Que tu me donnes ; que je te donne. » Elle vit enfin un ciel étoilé, puis s'endormit.

Après la seconde opération elle commença à avoir des crises de pleurs. Elle pleurait, dit-elle, parce qu'elle se sentait mal, comme près de s'évanouir et de suffoquer. Après l'opération, les palpitations, la sensation de chaleur, le tremblement, les crises de diarrhée qu'elle présentait de temps en temps disparurent.

Elle eut, après l'opération, des menstruations supplémentaires. Puis cette fonction s'est améliorée. Les règles durent trois jours (au lieu de quatre) et ne sont plus douloureuses.

En ce qui concerne l'état psychique, celui-ci ne s'améliora pas, au moins d'une façon notable, après l'opération. Pendant les deux premiers mois qui suivirent celle-ci, la malade se sentait poussée à casser, à briser les objets, mais elle s'arrêtait avant de le faire. En même temps, elle continuait à présenter des rêves pénibles semblables à ceux que nous avons signalés. Elle présentait encore des hallucinations psychomotrices. Elle sentait un vers qui, partant de l'addomen, lui montait vers le dos, puis dans la tête, et lui disait : « Donnez-moi à manger ».

Elle présentait aussi des hallucinations visuelles terrifiantes. Elle voyait un bouc qui la menaçait avec ses cornes et montait même sur elle. Elle luttait avec lui, le repoussait, mais il revenait et ainsi de suite. La malade effrayée commençait à pleurer et s'en allait chez sa mère, mais elle ne présentait plus de palpitations. Les phobies persistent. C'est ainsi qu'elle se demande parfois avec angoisse, si quelqu'un des siens ne vient pas de succomber. Elle a peur que, si les hallucinations pré-

sentes disparaissent, d'autres viennent les remplacer. Elle continue encore à présenter une grande émotivité.

Un jour, en retournant chez elle, elle eut la sensation que sa tête était vide, que son corps était mou, elle ne se sentait plus et se secouait pour se convaincre qu'elle avait encore son cœur. La malade se fatigue facilement, bien qu'elle puisse travailler longtemps si le travail est facile.

L'examen se fait difficilement. Elle n'est pas capable de fixer son attention, elle est instable et ne peut suivre dans l'ordre le récit de sa maladie, parle en même temps des faits anciens et de son état actuel.

36. Dieulafoy. Un cas de maladie de Basedow. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu,* 1896-1897.

Maladie de Basedow. — Idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe.

La malade est une femme de 30 ans, non hystérique, qui, dans la nuit du 15 août 1896, à la suite d'une vive et profonde émotion, fut prise brusquement d'un tremblement violent qui débuta par le bras et qui s'étendit plus tard à tout le corps. A ce tremblement s'associa aussitôt une paralysie des membres supérieurs ; paralysie incomplète, il est vrai, mais néanmoins assez forte pour rendre les mouvements fort difficiles ; la malade avait peine à remuer ses bras, tant ils lui semblaient lourds ; elle avait en partie perdu l'usage de ses mains : voulait-elle saisir un objet, sa fourchette, son verre, elle ne pouvait ni soulever l'objet, ni le garder dans sa main ; aussi, dans l'impossibilité de manger seule, fut-elle alimentée à dater de ce jour par une de ses voisines. Cette paralysie ne resta pas limitée aux membres supérieurs, elle atteignit bientôt les membres inférieurs. Quoique la paraplégie ne fût

pas absolument complète, la malade ne pouvait cependant ni marcher, ni rester debout, elle se sentait fléchir, ses jambes se dérobaient sous elle, aussi prit-elle le parti de rester au lit. La parésie ne tarda pas à se généraliser en d'autres régions, aux muscles de la nuque et du tronc ; si bien que cette femme avait la plus grande peine à tenir sa tête en équilibre sur les épaules ; la tête oscillait en tous sens, à droite, à gauche, en avant, en arrière, ainsi qu'on l'observe dans certains cas de paralysie diphtérique.

Voulait-elle s'asseoir sur une chaise, elle perdait aussitôt l'équilibre, glissant à droite ou à gauche, se sentant comme entraînée par le poids de son corps, les muscles étant incapables de réagir et de la maintenir en place. Les muscles de la face et des yeux ont été respectés ; il n'y a pas d'ophtalmoplégie externe, les sphincters ont toujours été intacts.

A la suite de la grande émotion qu'elle eut, survinrent trois grands symptômes caractéristiques : les yeux devinrent saillants et, en vingt-quatre heures, l'exophtalmie était constituée ; le corps thyroïde était doublé de volume, et la malade éprouvait de violents battements de cœur.

Dans ces conditions, la malade ne pouvant ni marcher, ni rester assise, ni manger seule, dut forcément garder le lit ; elle fut soignée et alimentée par des personnes de l'entourage, jusqu'au jour où, se sentant un peu moins impotente, elle prit le parti d'entrer à l'hôpital de la Pitié ; quand elle en sortit pour aller au Vésinet, les troubles cardiaques s'étaient très notablement amendés, mais le corps thyroïde était toujours un peu gros, et l'exophtalmie persistait. Pendant les mois qui suivirent, la malade fut soignée chez elle, et des différents symptômes qu'elle avait eus jusque-là, la paralysie et le tremble-

ment étaient ceux qui se présentaient avec le plus d'intensité.

C'est alors qu'elle est reçue à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate ce qui suit : les yeux sont toujours saillants, le corps thyroïde est légèrement développé ; le tremblement, peu accusé en ce moment, persiste aux mains et aux pieds ; quant à la paralysie, bien qu'incomplète, elle est du moins assez accentuée pour rendre la marche laborieuse et pour s'opposer à une station debout prolongée. La parésie persiste également aux membres supérieurs, les bras sont très lourds, les mouvements sont limités, la préhension des objets est difficile, la malade soutient péniblement la tête sur les épaules, aussi n'a-t-elle qu'un désir, c'est de rester dans son lit.

De plus, en y regardant de près, on voit qu'elle est atteinte de mouvements choréiformes qui sont très nets, aux mains, aux jambes, à la tête et à la face. On retrouve chez elle, la plupart des mouvements et des attitudes de la chorée ; elle fait des grimaces, elle fronce brusquement les sourcils, elle tourne la tête comme un oiseau, elle exécute avec les mains et avec les bras des mouvements brusques et involontaires qui rappellent absolument les mouvements saccadés et contradictoires de la chorée. A un examen superficiel, ces mouvements choréiformes pourraient passer inaperçus, ils pourraient être mis sur le compte du tremblement, mais il n'en est rien, et il s'agit bien ici d'un état choréique ébauché, de mouvements choréiformes.

Les troubles cérébraux, à l'égal de tous les autres symptômes, sont contemporains du début de sa maladie. Cette femme raconte qu'aussitôt tombée malade, elle a été en proie à des troubles psychiques des plus variés : les hallucinations de la vue et de l'ouïe se reproduisaient sous des

formes multiples ; elle croyait voir des hommes escalader la croisée pour pénétrer dans sa chambre ; elle croyait entendre des personnes monter l'escalier et enfoncer sa porte ; elle vivait dans une terreur continuelle.

Outre les hallucinations de la vue et de l'ouïe, elle était hantée par des idées de persécution : elle se figurait que des gens se cachaient dans sa chambre pour l'assassiner, elle craignait que l'on ne mît des cartouches de dynamite sous son lit ; elle se demandait si ses voisins ne cherchaient pas à l'empoisonner. Plus tard, elle devint ombrageuse, soupçonneuse, elle perdit complètement le sommeil.

Aujourd'hui encore, elle est émotive, irritable, on ose à peine lui parler dans la crainte de la troubler ; les questions les plus simples la bouleversent et la font pleurer ; elle s'imagine souvent qu'on veut l'offenser ou lui arracher des secrets.

37. Dalmas. Troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris,* 1899.

G. Joséphine, ménagère, âgée de 58 ans, est une femme de taille ordinaire, présentant quelques stigmates de dégénérescence (front petit, oreilles mal ourlées). Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons aucun détail à signaler. Son père était menuisier et mourut à 94 ans ; sa mère était morte de suites de couches. Elle sait lire et écrire et n'aurait pas présenté de maladie grave dans sa jeunesse. Elle aurait eu de nombreux ennuis ; elle vivait maritalement avec un individu qui ne travaillait pas et la battait.

Entrée en mai 1907 à l'hôpital Broussais, elle est admise le 23 mai à l'asile Sainte-Anne. Elle avait de l'insomnie,

des cauchemars, était confuse et égarée ; elle raconte avoir eu un délire onirique très intense et semble vivre dans un monde imaginaire.

Pendant une quinzaine de jours, elle vit dans sa chambre des tableaux, des femmes à genoux qui priaient pour elle, des pompiers avec des écharpes rouges, des individus avec des visières ; des matelas montaient et descendaient du plafond de sa chambre. Ces hallucinations visuelles persistaient pendant la journée : dans la rue elle voyait des espions, des hommes habillés en gris qui la suivaient dans les tramways, des ennemis qui voulaient l'arrêter.

Ce délire onirique continua tout le mois de juillet, époque à laquelle la malade devint plus calme ; les hallucinations et les illusions disparurent et une amélioration de l'état mental se produisit.

A cette période de confusion mentale succède un délire de persécution basé sur des hallucinations de l'ouïe et des interprétations délirantes. G... croit que sa concierge lui a donné des médicaments pour la faire tomber malade et pour s'emparer des trois obligations du Crédit Foncier qu'elle possède ; elle ne veut plus voir ses filles qui, dit-elle, se sont « encruchées », et se conduisent mal. Elle entend des voix qui l'appellent Mme Ibson ; avec un homme de ce nom elle a vécu maritalement pendant 18 ans ; on répète ses pensées et elle entend dire tout ce qu'elle fait. Elle présente aussi des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations génitales. On l'électrise et on l'hypnotise.

Elle proteste contre son internement et demande à tout instant pour quelles raisons elle est maintenue à l'asile. De plus, elle suit difficilement un interrogatoire et

pleure quand on l'interroge ; elle est toujours dans une colère perpétuelle.

Au point de vue somatique, dès le début de l'internement, on a constaté l'hypertrophie du lobe gauche du corps thyroïde, de l'exophtalmie et un léger tremblement aux membres supérieurs. G... n'a pas remarqué l'hypertrophie de son corps thyroïde et elle prétend qu'il remonte à plusieurs années.

C. — Etats confusionnels au cours de la maladie de Basedow

La confusion mentale a été notée maintes fois chez les Basedowiens. Elle se présente généralement sous forme d'accès passagers de courte durée.

Au cours des observations précédemment citées, on en rencontre quelques exemples ; elle accompagne alors certains délires ou des hallucinations.

Nous la retrouverons ultérieurement au cours d'états vésaniques.

Elle est variable comme degré. Certains malades présentent simplement un peu d'embrouillement intellectuel ; c'est ainsi que la femme citée par Parrhon et Marbe (obs. n° 35) eut un jour la sensation que sa tête était vide ; elle se trouvait incapable de penser longtemps.

D'autres présentent des types plus nets de confusion mentale ; une observation de Soukhanoff nous en donne un exemple remarquable.

38. Soukhanoff. Des troubles mentaux dans le goître exophtalmique. *Revue neürologique,* 1896.

Goître exophtalmique et confusion mentale sur un terrain de dégénérescence.

Jeune homme, âgé de 18 ans, entré le 21 septembre 1894 à la Clinique psychiatrique de Moscou. Concernant l'hérédité, les données suivantes ont été obtenues : le père et la mère du malade sont cousins germains, le père du malade était alcoolique ; l'oncle et la tante paternels

étaient phtisiques ; l'aïeul paternel avait des accès de dipsomanie et était psychopathe ; l'aïeul maternel est phtisique ; l'aïeule maternelle fut atteinte d'apoplexie. Frère d'esprit borné ; sœur nerveuse, atteinte de strabisme marqué. Grand-oncle paternel atteint d'une maladie mentale, de même qu'une grand'tante maternelle ; des deux grands-oncles maternels, l'un avait des bizarreries, l'autre est mort phtisique ; deux frères de l'aïeule maternelle sont morts d'apoplexie ; un des cousins maternels était phtisique, un autre alcoolique ; un des cousins germains paternels est mort phtisique ; les cinq cousins issus de germains maternels étaient atteints de psychose ; l'un d'eux finit par un suicide, le second était idiot, le troisième débile, le quatrième avait la chorée et le cinquième avait des bizarreries ; l'une des cousines issues de germains souffrit d'un goître exophtalmique, une autre fut atteinte de paralysie post-diphtérique, deux d'entre elles eurent des psychoses ; trois étaient simplement nerveuses, une autre est morte d'une maladie du cerveau.

Le malade est né à terme. Il commença à faire des dents dans le cinquième mois de sa vie, se mit à marcher après sa première année et commença à parler à deux ans passés. A l'âge de 4 ans, il avait quelquefois le sommeil inquiet ; il s'agitait alors dans son lit, jetait des cris, sans toutefois s'éveiller. C'est vers cette même époque que sa mère observa chez lui la sortie d'un cucurbitain de ver solitaire ; après un remède anthelminthique qu'on lui donna alors, un ver solitaire fut expulsé.

Quand le malade fut dans sa cinquième année, il eut une inflammation des poumons ; à 7 ans passés, il eut la rougeole et plus tard, la coqueluche ; à 9 ans, il présenta un typhus qui se compliqua d'une pneumonie ; un an plus tard, on eut de nouveau recours à un anthelminthique qui

fit expulser encore un ver solitaire, après quoi les vers disparurent définitivement.

A l'âge de 13 ans passés, notre malade eut un abondant saignement de nez.

Durant son enfance, il était nerveux et irritable ; il n'a jamais été sujet à des accès convulsifs, mais il a toujours été très maladif, très sensible au froid et à la fatigue. Il transpirait abondamment, toussait de temps en temps ; il était d'une extrême maigreur, tout en ayant un bon appétit, souffrait quelquefois de diarrhées et de temps à autre de nausées. Il apprit à lire et à écrire à l'âge de 7 ans, et peu de temps après, il fut placé dans une école où il resta jusqu'à l'âge de 16 ans. A la sortie de l'école, notre malade travailla quelque temps comme teneur de livres dans un dépôt d'objets métalliques. Cette besogne (le calcul et les écritures) le fatiguait beaucoup et, en avril 1893, sa mère obtint pour lui un emploi dans une brasserie ; comme il ne cessait de ressentir une faiblesse et une sorte de lassitude continuelle, elle lui conseilla de boire de la bière, ce qu'il fit en prenant une ou deux bouteilles par jour. Vers la fin de mai de la même année, il revint un jour à la maison dans un état d'excitation légère, le visage rouge, et c'est alors que sa mère remarqua, pour la première fois, qu'il avait un goître. Elle attesta cependant qu'il s'était plaint, huit jours auparavant, que les cols de ses chemises lui étaient trop étroits ; mais le malade affirma plus tard que le goître se produisit en un jour, nommément le 1er juin. Le goître était d'abord plus gros du côté droit. Le malade commença à souffrir simultanément de palpitations de cœur. En juin, juillet et août de l'année 1893, le malade ne s'est adonné à aucune occupation. Il entra en août dans un des hôpitaux de Moscou, et le 15 septembre 1893 fut reçu dans la Clinique des maladies nerveuses de

Moscou, où il resta jusqu'au 12 février 1894. A son entrée dans la Clinique, les faits suivants ont été notés :

Le malade est de taille au-dessus de la moyenne, de constitution faible ; il a les muscles et la couche graisseuse sous-cutanée très peu développés.

L'exploration du cou du malade fait voir au niveau du corps thyroïde, une tumeur à pulsations distinctes, ayant la forme de la glande.

Cette tumeur touche la clavicule du côté droit, atteint l'apophyse mastoïde en haut et va jusqu'à la moitié de la partie latérale du cou en arrière. La tumeur est un peu moins grosse du côté gauche. Les deux moitiés sont réunies par un isthme qu'on aperçoit distinctement. La tumeur n'adhère ni à la peau, ni aux muscles sterno-cleido-mastoïdiens, ni aux tissus sous-jacents ; quand on palpe la tumeur, un bruissement particulier s'y fait entendre. La mensuration de la circonférence du cou a donné les résultats suivants : il y a 36 cm. de tour au niveau du point de la colonne vertébrale qui est située vers le milieu de la partie supérieure de la tumeur ; il y en a 38 au niveau de la portion médiane de la tumeur, et 59 au niveau de la partie inférieure ; la circonférence du cou, au-dessus de la tumeur, est de 32 cm. La pulsation des artères carotides est très marquée du côté droit, la tumeur a une pulsation à part, qui est isochrone avec les battements du cœur et des artères radiales. Pendant l'auscultation, un bruit vasculaire et sifflant se fait entendre. Ce bruit augmente constamment avec la systole du cœur.

Système nerveux. — Dans la sphère psychique on observe une profonde dépression qui cède la place, à de rares intervalles, à de l'excitabilité. Alors, la parole devient rapide et incohérente, le malade s'agite. Les mouvements actifs des muscles de son visage sont normaux, à

part une légère asymétrie de la bouche, lorsqu'il découvre les gencives. Les prunelles sont un peu dilatées, mais à un point égal ; mouvement des yeux normal. Un léger tremblement se fait observer à la langue quand il la tire.

Les mouvements de la tête sont libres et normaux, mais manquent de force. Il est à remarquer aussi qu'en rejetant la tête en arrière, le malade est toujours pris d'une toux qui cesse dès qu'il replace la tête dans une position normale. Un léger tremblement se fait observer dans les extrémités supérieures ; il se traduit par de légers mouvements cloniques. Ainsi, quand on fait étendre le bras au malade, sa main tremble et c'est aux doigts que le tremblement est plus marqué. Tous les mouvements des extrémités supérieures se font régulièrement, sont d'étendue normale, mais faible.

Le dynamomètre marque 20 pour la main droite, 15 pour la main gauche. La coordination des mouvements est restée intacte. La musculature est peu développée. Les mouvements des membres inférieurs n'offrent aucune déviation, excepté une faiblesse très marquée qui se fait également observer aux membres supérieurs. Mouvements du corps normaux ; le malade marche régulièrement, les yeux le réflexe plantaire est absent. Le réflexe du larynx est réflexes des muscles, biceps, triceps, du tendon d'Achille, les réflexes des yeux, du ventre, du crémaster, des parois abdominales, sont restés intacts et ne sont pas exagérés; le réflexe plantaire est absent. Le réflexe du larynx est assez vif. Les troncs nerveux et les muscles ne sont pas douloureux à la pression.

L'électro-sensibilité au courant faradique et au courant galvanique n'offre rien d'anormal. La conductibilité de la peau est plus faible pour le courant galvanique. L'exploration de l'odorat, de la vue, du goût, de l'ouïe et du

toucher ne fait remarquer rien d'anormal ; le malade définit exactement les substances odoriférantes, entend bien et voit bien ; la force et l'étendue de son coup d'œil sont normales ; il distingue parfaitement les couleurs ; son goût est aussi normal. La sensation tactile n'est pas dérangée ; il ressent très distinctement le contact d'un bout de laine. Le compas de Weber donne en moyenne un chiffre normal : pour la langue, environ 1 mm. ; le front 20 mm. ; le bras, 71 mm. ; le revers de la main, 30 mm. ; la poitrine, 47 mm. ; la partie inférieure de la plante du pied, 41 mm. ; la cuisse, 72 mm.

Les piqûres sont ressenties partout distinctement ; il reconnaît la différence de 3/5 à 1 degré de température. La sensation musculaire n'est dérangée nulle part : il définit exactement, les yeux fermés, la position des extrémités ainsi que les mouvements passifs. L'exploration du cœur a fait constater une augmentation de sa dimension transversale.

La matité commence depuis le bord inférieur de la troisième côte en haut et va jusqu'au bord supérieur de la sixième côte en bas ; en dehors, elle dépasse la ligne mamelonnaire d'un centimètre environ et atteint, en dedans, le milieu du sternum du côté droit.

L'auscultation a fait constater une accentuation des tons et un bruit systolique à la pointe. Le pouls est de 110-120 battements par minute ; il est isochrone avec les battements du cœur. En auscultant les artères fémorales, nous entendons distinctement les tons vasculaires. Le choc du cœur est prolongé ; il est situé dans le cinquième espace intercostal.

L'exploration des autres organes n'a rien démontré d'anormal.

Le malade se plaint de palpitations de cœur ; il ressent

un malaise au creux de l'estomac chaque fois qu'il a mangé ou bu, et une sensation de chaleur dans la partie supérieure du corps ; il a une toux sans pituite, mais qui lui fait expectorer beaucoup de salive. Il a parfois des crampes aux pieds.

En septembre, octobre, et dans la première moitié de novembre, aucun changement considérable ne s'opéra dans l'état de santé du malade ; il toussait souvent, transpirait abondamment, avait quelquefois le sommeil inquiet, était presque constamment dans un état d'agitation, se mettait souvent à parler avec volubilité, en se pressant et en perdant presque haleine.

Au bout de quelque temps, le malade commença à se sentir plus calme et son sommeil devint meilleur ; il souffrit encore de temps en temps de diarrhées. Traitement : intérieurement, de l'arsenic, qu'on remplaçait par une potion au bismuth en cas de diarrhée ; galvanisation des nerfs sympathiques, douches d'eau suivies de frictions, en commençant par 23° et en faisant baisser graduellement la température de l'eau.

On dut abandonner, en novembre, l'hydrothérapie, à cause d'une grande faiblesse que ressentait le malade après les frictions. La toux et la faiblesse augmentèrent dans la seconde moitié de novembre, du sang se fit voir dans les crachats, le sommeil s'altéra, la sudation devint encore plus abondante ; le pouls monta jusqu'à 150 battements par minute. La température commença à monter aussi depuis la fin novembre et atteignit, le 30 novembre, 40°2 ; le pouls devint, en même temps, tellement rapide, qu'il fut presque impossible d'en compter les battements (180 à 200 battements par minute) ; le 19 et le 20 novembre on donne au malade de l'infusion de digitale. Cette complication de la maladie jeta le malade dans un état pro-

fond d'épuisement ; il maigrit visiblement et c'est à peine s'il pouvait mouvoir ses mains et ses pieds.

L'émaciation de ses membres était extrême. Il eut une forte diarrhée accompagnée de nausées au mois de décembre ; bientôt après, la température commença à osciller et à baisser. Après le 20 décembre, le malade commença peu à peu et fort lentement à prendre des forces et à se remettre. La température monta encore de temps en temps. Le 12 février 1894, comme il est dit plus haut, il quitta la Clinique des maladies nerveuses, mais il était encore d'une telle faiblesse qu'il ne pouvait se tenir debout sans appui.

Les forces lui revinrent davantage en juin; il commença à marcher avec des béquilles, les remplaçant plus tard par un bâton, mais il ne pouvait marcher que très lentement. Revenu à la maison, il fut en état de travailler quelque peu ; s'occupa de lecture, façonna des objets en bois. L'état de sa santé continua à s'améliorer peu à peu jusqu'au mois de septembre.

Le 11 septembre, il fut pris d'une douleur au côté droit, il eut ensuite un coryza accompagné de mal de tête ; la température monta ; il fut pris en même temps d'accès de rire irrésistibles.

A la fin de cette journée, le malade pleura. Il dormit mal la nuit suivante, s'agita dans son lit, se réveilla souvent, parla d'une manière incohérente.

Depuis le 17 septembre jusqu'à son entrée dans la Clinique, il ne se fit presque pas de changement dans l'état de santé du malade ; il restait couché tranquillement le jour, se retournait d'un côté à l'autre la nuit, soulevait ses pieds, brandissait ses bras, faisait des grimaces, demandait continuellement à boire, disait à haute voix des paroles incohérentes.

A son entrée dans la Clinique psychiatrique, (21 septembre), les faits suivants ont été notés :

Le malade est de taille élevée, extrêmement maigre, d'une mauvaise constitution, ses muscles sont grêles et maigres.

Le visage est bourgeonné. Les oreilles et les dents ont des traces marquées de dégénérescence. Le signe de Grœfe se fait remarquer aux yeux.

La glande thyroïde est augmentée de volume ; quand on la palpe, un bourdonnement s'y fait entendre. La circonférence du cou au dessus de la glande thyroïde est de 24 cm. et de 42 cm. à l'endroit de la plus grande saillie.

La dimension du cœur est augmentée, les contractions en sont fréquentes, jusqu'à 120 par minute ; les pulsations du cœur sont visibles à travers le thorax.

La plénitude du pouls est insuffisante ; la région abdominale est douloureuse à la pression. Des traces d'albumine ont été constatées dans l'urine.

Le malade est faible, il est presque incapable de se tenir sur pied sans aide, il reste couché. Il à l'air de ne pas bien comprendre où il se trouve. Souvent, il ne répond rien aux questions qu'on lui pose, ferme les yeux et ne regarde personne, s'irrite quand on le touche, demande souvent à boire, appelle « maman, maman ». Il se retourne souvent d'un côté à l'autre, se parle à lui-même, se couche le visage tourné contre le mur, ou en contractant les membres. Mangea fort peu le premier jour, eut une évacuation involontaire le soir.

22 *septembre*. — Le malade a mal dormi la nuit, a appelé sa mère, s'est parlé à lui-même. Sa conscience est devenue plus lucide le matin. Il a commencé à retenir le nom des personnes qui l'entourent. Il ne sait pas quand il est rentré à la Clinique, ni avec qui il y est venu. Son

incohérence a un caractère particulier : « Ah ! bonjour, c'est vous qui avez une barbe rousse ? qu'est-ce que c'est ? des boutons de manche. J'ai vu une montre sur vous, vous aviez un autre pantalon je crois hier ? » et ainsi de suite. Le malade a pu définir exactement le temps qu'il a passé dans la Clinique ; il en a nommé plusieurs médecins.

Le nouvel entourage n'a presque aucune prise sur lui. Il n'a ni hallucinations, ni illusions, ni idées délirantes. Le jour suivant, son incohérence eut de nouveau une empreinte assez originale. Il ne parla que de ce qu'il avait sous les yeux ; tout objet attirait son attention et il faisait tout ce qu'il avait envie de faire au moment donné. Si l'envie de chanter lui venait la nuit, il se mettait à chanter ; il cessait dès qu'on l'arrêtait, sans s'en formaliser aucunement. Le séjour à la Clinique ne semblait pas lui être pénible ; il n'a pas demandé à revenir à la maison et a montré en général beaucoup de bonhomie. Il était d'une humeur joviale, riait souvent, ne se préoccupait guère de sa maladie, qu'il traitait avec beaucoup d'étourderie.

Sa conscience devint ensuite plus nette de jour en jour ; il commença à s'intéresser à ce qui se passait autour de lui, commença à lire, devint plus retenu dans sa conduite, cessa de chanter la nuit. Il quittait de temps en temps son lit dans la journée et marchait dans la chambre en s'appuyant sur le bras de quelqu'un.

Le 28 au soir, le malade fut pris subitement d'un accès convulsif ; l'écume lui sortit de la bouche et il perdit connaissance ; le tout dura 2 à 3 minutes. Le malade revint aussitôt à lui, mais pour longtemps, la lucidité de sa conscience ne fut plus la même qu'elle était avant l'accès.

Sa conscience est devenue peu à peu plus claire dans le courant des jours suivants, mais il se plaignit encore

pendant quelque temps d'avoir de la difficulté à penser, ainsi qu'à retenir ce qu'il avait lu. Les forces physiques lui revinrent aussi peu à peu ; il prit de l'embonpoint, commença à marcher, lentement d'abord et timidement, puis vite et plus librement.

Durant son séjour à la Clinique, la dimension du goître oscilla légèrement, mais, en somme, elle garda approximativement le *statu quo ante*. Après le rétablissement de la conscience, l'exploration de la sensibilité fit constater une légère anesthésie à droite et sur la face externe, dans la région du tiers inférieur de la cuisse et des deux tiers supérieurs de la jambe.

Quand on questionne le malade sur l'époque de son entrée dans la Clinique, on constate que la plupart des faits lui ont échappé. Il ne se souvient pas d'avoir vu ou entendu quelque chose qui n'existât pas en réalité, et il n'a eu, à cette époque, aucune idée délirante. Il dit qu'il est revenu à lui graduellement et que le retour de la conscience était accompagné de sensations désagréables. Il se souvient d'avoir ressenti alors une douleur aux yeux et un serrement des tempes.

Le 12 août, le malade quitta la Clinique et rentra chez lui. Il est subitement mort le 17 avril, après avoir présenté encore des accès avec perte de connaissance.

CHAPITRE III

ALIÉNATION MENTALE ET MALADIE DE BASEDOW

Parfois, le délire présente une durée prolongée et la maladie de Basedow s'accompagne d'aliénation mentale.

Celle-ci peut revêtir de nombreuses formes.

Nous laissons de côté les cas, très rares, dans lesquels elle se trouve liée à des lésions organiques. Nous citons simplement pour mémoire une observation de Hirschl, relative à un Basedowien atteint de paralysie générale (1).

Le plus souvent, il s'agit de troubles mentaux présentant les plus grandes analogies avec les psychoses pures.

Nous discuterons ultérieurement la question de savoir si de tels faits doivent être expliqués par une simple coïncidence, par une association morbide ou par un rapport d'étroite dépendance. Nous nous bornons pour l'instant à exposer, comme précédemment, les faits cliniques en eux-mêmes.

Leur symptomatologie donne lieu à un certain nombre de types cliniques que nous allons passer successivement en revue.

Il s'agit, tantôt d'une aliénation mentale revêtant la forme maniaque, tantôt d'une aliénation mentale revêtant

---

(1) Hirschl. 43 cas de psychoses dans le cours de la maladie de Basedow. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1893.

la forme dépressive (lypémaniaque), tantôt d'une alternance de manie et de mélancolie.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'une seule observation (Arnaud, de Vanves, cité par Boeteau) de délire chronique survenue chez une Basedowienne. Tous les délires de persécution ou de grandeur que nous avons rencontrés étaient passagers, et n'avaient rien de commun avec le véritable délire chronique. Nous les avons rapportés dans le chapitre précédent.

A. — Maladie de Basedow et aliénation mentale à forme maniaque

Dans un grand nombre de cas, l'excitation générale est au premier plan des désordres psychiques ; les malades présentent un tableau très net d'agitation maniaque. Nous résumons ou nous rapportons les observations qui, dans la littérature médicale, nous ont paru les plus caractéristiques.

39. Macdonnell, *cité par Rendu.*

Femme de 22 ans, qui fut prise de palpitations, de battements du corps thyroïde et d'accidents cérébraux maniaques.

40. Geigel. La maladie de Basedow, *Wursbürger médic. Zeistchr.*, 1866.

Homme de 48 ans. Consécutivement à des chagrins, il a présenté des signes de goître exophtalmique. En même temps, son caractère a changé : le malade est devenu instable, il ne pouvait tenir en place. Il s'est mis à bégayer. Après une phase d'accalmie, au cours de laquelle se sont améliorés les symptômes physiques et psychiques, la maladie a réapparu, accompagnée d'accidents maniaques très marqués avec hallucinations, idées de persécution et de grandeur. La mort est survenue assez rapidement.

41. Morel Mackensie on Graves' disease with insanity. *Transaction of the clinic Society, London,* 1868.

Jeune fille atteinte de goître exophtalmique avec paroxysmes maniaques.

Rendu (Observation déjà citée, n° 33).

Maladie de Graves avec excitation intellectuelle et hallucinations.

42. Laehr. *Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1871.

Un cas de maladie de Basedow avec agitation maniaque ayant duré plusieurs mois.

43. Meynert. *Psychiatr. Central., Vienne*, 1871.

Jeune fille de 17 ans à antécédents névropathiques héréditaires, ayant présenté simultanément des troubles basedowiens, de l'agitation maniaque et des hallucinations de la vue. La maladie est apparue après une émotion.

44. Robertson. On Graves disease with insanity *Journal of mental science*, janvier 1875.

Il s'agit d'une exophtalmique chez laquelle coïncidaient des accès épileptiformes et un délire maniaque ayant apparu six mois après le goître.

45. Bœttger. Un cas de maladie de Basedow compliqué de folie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychich Gerichtliche Medicin.*, Berlin 1877.

Femme de 31 ans, héréditaire, de caractère excentrique. Elle est atteinte de goître exophtalmique quelque temps après son mariage. Un peu plus tard, apparaît de l'agitation maniaque accompagnée d'hallucinations.

46. Jung. *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1881.

Manie apparaissant au moment où s'amendent les signes basedowiens.

47. Landouzy. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 1886.

Homme qui, au cours de son enfance, avait eu plusieurs fois un délire violent à l'occasion d'une rougeole, d'une angine, d'une morsure de chien. Plus tard, il eut une maladie de Basedow.

48. Hirschl. 43 cas de psychoses dans le cours de la maladie de Basedow. *Jahrbücher für Psychiatrie,* 1893.

Cet auteur rapporte 6 cas de la Clinique du professeur Krafft-Ebing, parmi lesquels se trouvent 4 manies.

49. Clarke. Folie et goître exophtalmique. *American Journal of insanity,* avril 1889.

Femme atteinte depuis plusieurs années de maladie de Basedow. Elle devint très irritable, puis présenta une manie aiguë avec idées délirantes.

50. Johnstone. Goître exophtalmique avec manie. *Journal of mental science,* 1884.

Goître exophtalmique. — Manie aiguë.

Mme G..., âgée de 32 ans, entre à l'Asile royal d'Edimbourg le 25 novembre 1881. Antécédents héréditaires nuls, à cela près qu'elle avait un frère buveur. La malade, qui n'avait pas non plus d'antécédents personnels, était d'une humeur gaie et franche.

Trois ans avant son entrée, amaigrissement, perte de forces.

Quatre mois après un accouchement, son lait tarit et deux mois plus tard, elle a une violente crise de vomissements et présente les signes d'un goître exophtalmique avec un état émotif qui l'empêche de vaquer à ses occupations.

24 septembre 1881. — Elle entre à l'Infirmerie royale d'Edimbourg, présentant un goître, de l'exophtalmie, des palpitations, des démangeaisons des jambes et un état nerveux. Elle se plaint de céphalalgies, de vertiges ; elle est nerveuse et agitée en parlant, se plaignant pendant son sommeil.

La moindre excitation provoque un véritable bouleversement du cœur.

20 novembre. — Lisant un journal où était décrit le cancer de l'estomac, elle exprime subitement l'idée qu'elle est atteinte de cette lésion. Cette idée la poursuit ; elle devient excitée de si violente façon qu'il faut employer des moyens de contention. Insomnie. Ne se nourrit pas du tout ; constipation et vomissements opiniâtres.

25 novembre. — Entre à l'asile. Etat d'excitation aiguë. Air égaré, yeux étranges ; parle sans cesse d'une façon incohérente, instabilité physique, contorsions, gestes, prend tout ce qui se trouve à sa portée. Elle rit, vocifère, chante, appelle de ses amies par leur nom, emploie des jurons et des mots obscènes. Elle est maigre, pâle, décolorée. Langue saburrale, anorexie, constipation. Les symptômes du goître exophtalmique n'ont pas changé. Quelques semaines après l'entrée, se succèdent des moments de calme et de violente agitation.

Elle brise des vitres, renverse des meubles, court, déchire, jase d'une façon incohérente. Echolalie, grimaces. « Elle est un ange ; son mari l'a fait interner par jalousie. » Pouls, 160. Ne mange pas suffisamment, vomit souvent.

25 janvier 1882. — Amélioration dans l'état mental se traduisant par des périodes de calme plus fréquentes et plus prolongées, mais encore disposition extrême à l'irri-

tabilité et à l'excitation. Est très faible, émaciée ; cependant, elle a meilleur appétit, a moins de malaises.

Température normale. Les symptômes tels que le goître et l'exophtalmie n'ont subi aucun changement.

28 février. — Mange bien, mais ne gagne pas beaucoup en poids. L'état mental fait de grands progrès. Elle est soumise, raisonnable, cause de son état, demande si elle ne sera jamais mieux portante. Si on la laisse trop s'arrêter sur ces idées, la malade montre une vive excitation.

11 mars. — Perte de connaissance. Revient à elle, mais, pendant un certain temps, témoigne une grande confusion dans les idées ; une nouvelle syncope survient sans troubles moteurs ; engourdissement du bras gauche.

26 avril. — Etat mental encore meilleur. Elle a plus d'empire sur elle-même, s'excite moins facilement. Est toujours très maigre. Symptômes de la maladie de Basedow dans le même état, avec des vertiges, des maux de tête et des rougeurs subites.

26 mai. — Les règles apparaissent pour la première fois depuis son accouchement. Amélioration physique et mentale nette.

23 juillet. — Deux attaques dans la nuit, dans lesquelles elle perd l'usage du côté gauche du corps. Sensation de fourmillement dans tout ce côté avec diminution de la sensibilité au contact. Une fois remise, l'état mental est encore meilleur ; elle est maîtresse d'elle-même et travaille beaucoup.

1er novembre. — Exophtalmie et goître toujours marqués. Impulsion du cœur violente.

A l'autopsie. — Cerveau, 1.524 grammes ; dure-mère épaissie injectée à la base ; pie-mère fortement injectée avec un peu d'opacité de l'arachnoïde. Les membranes sont surtout affectées du côté droit.

Sur les frontales et pariétales ascendantes, à un pouce à droite du grand sillon longitudinal, la pie-mère est épaissie, œdémateuse, très injectée ; les circonvolutions sous-jacentes donnent, au toucher, une sensation molle et pulpeuse. La pie-mère adhère, en ce point, à la substance cérébrale, ainsi d'ailleurs qu'en plusieurs autres endroits de l'écorce de cet hémisphère droit. A la coupe de celui-ci, substance blanche injectée, avec des larges points hémorragiques ; substance grise, molle, rouge, œdématiée. Dans la partie ramollie, l'écorce est broyée en une pulpe pleine de petits points rouges et d'extravasations.

51. Kéraval. Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. Cité par Martin. *Thèse de Paris*, 1890.

Excitation maniaque chez un déséquilibré atteint de goître exophtalmique.

52. Henry Barton Jacobs (de Baltimore). — Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves. — *American medical Journal of Insanity. Juillet* 1898.

Goître exophtalmique depuis 10 ans. — Symptômes généraux variant en intensité. — Grande agitation. — Développement des symptômes du délire. — Amaigrissement rapide. — Cachexie. — Mort.

Mme G...., âgée de 37 ans, fut admise à l'hôpital le 15 avril 1895.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à l'âge de 65 ans ; mère morte à 74 ans ; n'était ni nerveuse, ni irritable. La malade avait deux sœurs et deux frères. Chez une sœur, le goître se développa à l'âge de 36 ans ; celle-ci avait de l'exophtalmie, des palpitations, une extrême irritabilité ; elle mourut subitement à l'âge de 39 ans, après une longue promenade. Une nièce, fille d'une sœur

bien portante maintenant âgée de 36 ans, a le goître depuis la naissance de son premier enfant.

Antécédents personnels. — Avant sa maladie actuelle, Mme G.., était très rarement bien portante. A l'exception des quelques maladies propres à l'enfance, elle n'avait jamais rien eu. Elle s'était mariée à 19 ans, avait eu trois enfants. Le dernier a maintenant 9 ans.

Maladie actuelle. — Un léger goître se développa il y a environ dix ans. Bientôt survinrent subitement des palpitations pendant la nuit. Tandis qu'elle était enceinte de son dernier enfant, les palpitations devinrent de plus en plus fortes pour cesser ensuite pendant deux ans. Son mari affirme que, pendant l'été dernier, ses yeux ne furent jamais proéminents, mais toujours un peu brillants. Elle s'occupait toujours de son ménage, bien qu'elle fut plus agitée que d'habitude. Elle n'avait jamais eu la diarrhée, l'appétit était bon, l'intestin en bon état. Elle n'éprouvait pas le besoin fréquent d'uriner et l'urine n'était pas plus abondante, mais fortement troublée. Elle vint à l'hôpital pour demander qu'on lui fît une opération sur la glande thyroïde, espérant obtenir un bon résultat.

A son admission, elle présentait tous les caractères d'un goître exophtalmique très prononcé ; dans les artères périphériques on observait quelques troubles vaso-moteurs. Le pouls capillaire était marqué, les battements dans les artères étaient extrêmes et la peau était constamment rouge. Elle était naturellement un peu inquiète et excitée, et comme les palpitations l'empêchaient de garder le sac de glace, on le lui mettait seulement parfois dans la journée. Le pouls accusait de 115 à 140 pulsations.

Rien de spécial à noter de 4 à 5 jours, sinon un peu d'excitation ; elle restait au lit. Le pouls était allé jusqu'à 140 le vingt-deuxième jour. Après le vingtième jour, elle

devint plus agitée et avait quelque peine à garder le lit. Une nuit, elle devint si bruyante, qu'on dut la transporter dans une salle où elle était seule.

L'hyoscine donnée en injections hypodermiques parut l'avoir calmée pendant un certain temps. Elle avait cependant un incessant besoin de parler ; se jetait hors de son lit ; il lui était tout à fait impossible de garder longtemps le repos.

Vers les vingt-cinquième, vingt-sixième, vingt-septième jours, elle était devenue beaucoup plus mal. Elle avait de la difficulté pour rester au lit ; elle criait constamment et était dans un état d'agitation extrême. Elle ne reconnaissait plus personne ; il était impossible de la faire manger et de lui faire garder sur elle ses couvertures. Le pouls était constamment à 150, la peau d'une rougeur intense, surtout autour des articulations. L'amaigrissement était extrême.

Vers les vingt-huitième et vingt-neuvième jours, elle devint encore plus mal ; la langue était sèche ; l'excitation était cependant moins intense ; il n'y avait plus de prostration, bien que le pouls atteignit alors de 170 à 180 pulsations. La température s'élevait aux environs de 100° Farenheit (38° c.).

Dans la nuit du vingt-neuvième au trentième jour, elle perdit connaissance. Le pouls devint plus rapide ; on ne pouvait plus le compter facilement. Entre le matin et midi, des observations étaient faites à chaque instant et le pouls se maintenait dans les environs de 140.

Elle mourut le trentième jour, à 3 heures de l'après-midi. Aucune autopsie ne fut faite.

53. Henry Barton Jacobs, *ibid.*

Goitre exophtalmique depuis une année. — Amaigrissement très marqué. — Délire. — Mort.

A son admission, la malade avait déjà, à un degré très marqué, plusieurs des caractères distinctifs de la maladie : insomnie et agitation. Elle rougissait instantanément dès qu'on approchait de son lit, et un érythème général se développait sur la poitrine et l'abdomen lorsque ces parties étaient exposées à l'air. Son cas, cependant, ne présentait rien de particulier jusqu'à l'apparition des symptômes psychiques. Voici son histoire :

Allemande, âgée de 19 ans, elle avait été très bien, aussi loin qu'elle puisse se souvenir. Il n'y avait jamais eu de troubles nerveux dans sa famille ; il y a environ deux ans, elle pesait 140 livres et paraissait très robuste, d'après une photographie d'alors. Elle mangeait bien ; sa physionomie ne paraissait pas intelligente ; elle n'avait jamais eu aucune maladie. Elle travaillait beaucoup à l'école. Réglée à 15 ans, la menstruation était devenue très irrégulière depuis le début de sa maladie ; elle n'avait rien eu depuis environ huit mois.

Maladie actuelle. — En mars 1896, elle devint nerveuse et très inquiète ; un rien l'épouvantait. Les personnes qui vivaient auprès d'elle s'étaient aperçues de quelques légers troubles mentaux. Il était alors impossible de déterminer exactement la nature de son mal, mais elle s'affaiblissait de plus en plus et gardait le lit la plus grande partie de mai et de juin.

En mai, son attention fut attirée par les rapides battements du cœur. En juillet, elle se sentit beaucoup mieux, mais remarqua alors que son cou était plus gros qu'à l'ordinaire. Pendant tout l'été, elle maigrit graduellement, fut

plus nerveuse et s'affligeait de l'accélération des battements du cœur.

En novembre, elle remarqua d'abord que les yeux devenaient proéminents et on lui disait que l'expression était changée.

Le 21 décembre, elle eut une crise nerveuse pendant laquelle elle fut extrêmement agitée et ne se souvint plus de ce qui s'était passé. Depuis, elle fut de plus en plus malade, resta à la maison, gardant le lit la plupart du temps.

Elle fut admise à l'hôpital John Hopkins le 14 janvier 1897. La malade était d'une taille moyenne. A son admission, elle était un peu maigre, la face était colorée ; elle paraissait très agitée. Elle avait un érythème général, mais la peau était moite. Le pouls, bien plein, donnait 144 pulsations. Tous les symptômes du goître exophtalmique étaient alors bien caractérisés ; l'exophtalmie était modérée, le volume de la glande thyroïde était considérable, les battements du cœur très rapides et le corps agité d'un tremblement nerveux. Le cœur paraissait quelque peu dilaté ; le point maximum de l'impulsion dans le cinquième espace était à 9 centimètres de la ligne médiane. Il y avait un fort bruit systolique à la pointe du cœur, qu'on entendait aussi le long du bord sternal gauche. On percevait ce bruit du côté des carotides. L'érythème augmentait. Une ligne tracée par l'ongle restait rouge pendant 3 à 4 secondes. Les globules rouges du sang étaient d'environ 6.000.000 par millimètre cube ; l'hémoglobine de 87 0/0 ; son poids était alors de 112 livres. Les phénomènes vaso-moteurs étaient prononcés. La circulation périphérique dans les vaisseaux, le pouls capillaire et un frémissement remarquable des vaisseaux de la glande thyroïde étaient à ce moment à un degré inusité.

Dans la nuit du 16 janvier, l'infirmière entendit parler la malade et la vit sortir de son lit plusieurs fois. On lui donna de la teinture de belladone, on lui plaça un sac de glace sur le cœur.

Quelques jours après son admission, il devenait évident que sa maladie s'aggravait. Elle était très agitée, son intelligence s'obscurcissait, elle devenait très difficile à soigner et ne voulait plus répondre aux questions qu'on lui posait. Quoique d'ordinaire très apathique, elle éprouvait quelquefois un grand besoin d'agitation.

Pendant les deux premières semaines de son admission, elle avait perdu 27 livres de son poids.

Le 2 février, elle était si bruyante, si agitée, qu'elle fut transportée dans un endroit isolé. Le pouls était de 144, et elle avait une température de 101 degrés Farenheit (38°5). Elle essayait continuellement de sortir de son lit.

Dès lors, elle fut dans un état continuel d'agitation, de mouvement, parlant constamment, lançant les bras dans différentes directions, sortant les pieds du lit. Dès qu'elle se trouva dans la salle isolée, elle voulut se lever, mais elle devint bientôt inconsciente. Il était très difficile de lui faire prendre sa nourriture et elle maigrissait avec une extraordinaire rapidité.

Du 2 au 5 février, le pouls monta de 150 à 180 et devint très dur ; une constipation tenace survint, qui se maintint jusqu'à la fin.

Vers le 6, elle était dans un état pitoyable, tout à fait inconsciente, ne pouvant plus se lever et ne prenant aucune nourriture. Elle restait la bouche ouverte, on notait 36 inspirations à la minute, et le pouls restait à 160 ; les yeux brillaient et étaient cernés. Elle avait beaucoup de peine pour remuer les bras et les jambes, et s'affaiblit graduellement jusque dans la matinée du 7 où elle mourut.

Aucune autopsie ne fut faite.

B. — Maladie de Basedow et aliénation mentale à forme dépressive

Le goître exophtalmique s'accompagne souvent d'états mélancoliques qui vont de la simple dépression à la lypémanie anxieuse et à la stupeur.

54. Basedow, le premier, eut l'occasion d'observer une exophtalmique qui devint lypémaniaque et « perdit le sens de la pudeur ».

55. Paul. — *Berlin Klinische Wochenschrift*, 1865.

Fille de 23 ans qui, à la suite d'un refroidissement, vit ses règles supprimées. Presque en même temps, elle tomba dans un état de prostration et de mélancolie. Quelques semaines plus tard apparurent les symptômes classiques de la lypémanie.

Solbrig. — *Virchow Hirsch*, 1870, observation déjà citée, numéro 1.

Femme de 42 ans à tares héréditaires. Goître exophtalmique. Esprit paradoxal. Un accès mélancolique.

56. Nœtel. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877.

Femme chez laquelle, au cours d'un goître exophtalmique, survint de la mélancolie ; au bout de quelques jours, la mélancolie guérit et les symptômes basedowiens s'amendèrent

57. Joffroy. — Des rapports de la folie et du goître exophtalmique. *Annales médico-psychologiques,* mars 1890.

Femme atteinte de mélancolie, compliquée ultérieurement de maladie de Basedow.

58. Séglas. — Maladie de Basedow et mélancolie. *Annales médico-psychologiques,* 1890.

Femme atteinte de mélancolie, qui essaya deux fois de s'asphyxier avec ses enfants. Elle présenta, peu de temps après, de la tachycardie et de l'exophtalmie, mais sans goître. Vigouroux constata la diminution de la résistance électrique, ce qui entraîna le diagnostic de maladie de Basedow.

Boeteau. — Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris,* 1892. Obs. déjà citée numéro 9.

Malade ayant des obsessions qui, au cours de la maladie de Basedow, firent place à de la dépression mélancolique avec idées de suicide.

59. Austin. — Troubles psychiques d'origine thyroïdienne. *Thèse de Lyon,* 1896-1897.

Marie M..., 49 ans. Entrée le 10 avril 1896 dans la clinique du professeur Poncet. Pas d'antécédents nerveux. Goître datant de l'adolescence ; a augmenté brusquement de volume après trois accouchements. Le regard est sauvage ; il y a une anxiété intense, un amaigrissement considérable depuis un an. Elle avait des idées tristes ; ses enfants craignaient qu'elle ne se suicidât. Elle ne fit cependant jamais de tentative nette, son instabilité mentale ne lui

permettant aucune préméditation. A l'hôpital elle pleurait et gémissait sans cesse ; elle craignait d'être damnée. Le jour de l'opération, elle passa deux heures à genoux en prières dans la salle.

21 avril. — Ponction et énucléation de la poche kystique du corps thyroïde. Dès le lendemain, la malade avait retrouvé un calme dont elle n'avait pas joui depuis longtemps. Toutes ses idée noires se sont envolées, elle cause raisonnablement. La malade sort guérie en mai.

En juillet elle donne de ses nouvelles, qui sont excellentes.

60. Raymond et Sérieux. — Goître exophtalmique et dégénérescence. *Revue de médecine,* 1892.

Ces auteurs font allusion (sans donner l'observation en détail) à une malade qui, atteinte, depuis plusieurs années, de goître exophtalmique, a présenté un accès mélancolique classique avec idées de ruine, scrupules, tentatives de suicide.

61. Soukhanoff. — Des troubles mentaux dans le goître exophtalmique. *Revue de neurologie,* 1896.

Goître exophtalmique. — Lypémanie hypocondriaque avec angoisse.

Il s'agit d'une femme âgée de 33 ans, qui se présenta, le 24 avril 1895, à la consultation de la clinique psychiatrique de Moscou.

Concernant l'hérédité, les données suivantes ont été obtenues : son père est un homme irritable, d'un caractère méfiant ; sa sœur est nerveuse. Durant son enfance, la malade a été sujette à des maux de gorge, a eu la rougeole, la scarlatine et la petite vérole. Elle s'est mariée

à l'âge de 17 ans et a eu sept enfants. Il y a six ans, pendant une de ses grossesses, un goître commença à se montrer, plus marqué du côté droit. Elle eut une douleur au bras droit et, simultanément avec la tumeur, elle ressentit une tension de l'œil droit et de l'oreille droite. La dimension de la tumeur oscilla. Après la mort d'un de ses enfants, il y a environ trois ans de cela, la malade se plaignit de ressentir de la mauvaise humeur, elle pleurait souvent, craignait qu'il lui arrivât quelque malheur. Un an plus tard, cet état d'anxiété diminua un peu. Il s'aggrava cependant les six derniers mois ; elle dut abandonner ses occupations, recommença à pleurer souvent, rechercha la solitude, elle ne trouvait de plaisir à rien et ne pouvait se consoler. Elle éprouva, en même temps, une pression à la poitrine. Du reste, cette sensation lui est venue plus tôt et coïncida avec ou bien précéda l'apparition du goître. La malade a mal dormi pendant les six derniers mois.

En mars 1895, elle a été extrêmement irritable pendant une période de 15 jours, sa tristesse augmenta, elle ne pouvait rester en place, se mordait les mains, déchirait ses vêtements.

Le jour où la malade se présenta à la clinique psychiatrique, les faits suivants ont été notés : elle est de taille moyenne, sa constitution est assez bonne, mais sa nutrition est insuffisante. Les oreilles sont de forme irrégulière. L'expression de sa physionomie est mobile et empreinte de tristesse. Quand elle tire la langue, un tremblement et des tiraillements fibrillaires s'y font remarquer. Une tumeur de grandeur moyenne se fait observer au cou dans la région de la glande thyroïde ; un léger bruissement s'y fait entendre quand on la palpe ; et quand on l'ausculte à l'aide du stéthoscope, on y entend distinctement un bruit assez fort. La dimension de la glande thyroïde est exagérée, du

côté droit surtout. Tremblement assez fort des mains. Réflexes patellaires exagérés. Sensations subjectives à noter : mal de tête violent et continuel qui dure depuis deux mois, engourdissement des membres, sensation de chaleur, tremblement et palpitations du corps entier. Dans le domaine des viscères, voici ce qui a été noté : l'appétit est très mauvais, le pouls est de 88 battements par minute ; menstruation régulière.

Sphère psychique. — La malade se plaint d'une angoisse qu'elle ressent tous les jours. Cet état d'angoisse ne l'abandonne jamais ; mais il n'est pas toujours d'égale force. La malade a peur de retomber dans l'état dont elle a souffert en 1895. Il lui semble que tout s'est modifié autour d'elle : la nature, les hommes, jusqu'à son propre corps ; mais elle ne saurait définir en quoi consiste ce changement. Elle n'éprouve jamais de gaîté ; la vie lui paraît complètement dépourvue de joie et ne lui inspire aucun intérêt ; elle aurait commis un suicide si sa foi en Dieu ne l'eût retenue. La malade est très irritable, extrêmement impatiente, s'émeut facilement et croit qu'elle ne se réablira pas ; il lui semble parfois qu'elle doit mourir bientôt. Tout bruit lui agace les nerfs et lui fait éprouver une sensation désagréable dans la tête. Elle dit que le bruit de la rue lui cause des défaillances. La malade est constamment préoccupée de son affection, surveille minutieusement les sensations de son corps : la moindre bagatelle arrête son attention ; elle porte partout avec elle un flacon d'ammoniaque. Si elle entend parler d'une malade quelconque, il lui semble immédiatement ressentir la même maladie. Quand la malade s'endort, elle entend des conversations, elle voit passer des tableaux devant elle, quelquefois des monstres ; à son réveil, elle est obsédée de l'idée qu'elle va mourir ou bien qu'elle va retomber dans

le même état d'angoisse aiguë dont elle a souffert en mars 1895.

Nous avons ici un cas de mélancolie active, survenue à la suite d'un goître exophtalmique, et qui, de temps à autre, devenait extrêmement intense et prenait un caractère d'angoisse aiguë. Une hypocondrie existait chez notre malade simultanément avec l'état mélancolique. Nous la voyons continuellement obsédée par la crainte de maladie ou de mort. Un élément d'inquiétude agitée vient s'ajouter à son état d'angoisse.

62. Devay. — Goître exophtalmique avec mélancolie anxieuse, guéri par l'opothérapie thyroïdienne. *Archives de neurologie,* 1897.

A..., 45 ans, prêtre, ne présente aucun antécédent héréditaire ; sa mère a eu 12 enfants, dont 7 sont vivants ; 5 sont morts en bas-âge, de maladie indéterminée. Le malade a eu, à 14 ans, une fièvre typhoïde qui a duré deux mois et demi et a été accompagnée de délire. A 25 ans, on note une névralgie intercostale, accompagnée ou suivie (le malade ne peut préciser) de troubles de la digestion, qui était lente et pénible. Le traitement prescrit par un médecin a consisté en un internement dans une maison, à Brides (Savoie).

Notre malade en revint très amélioré. L'année suivante, un retour des malaises s'améliora de la même façon. A cette époque, A... avait déjà un tremblement nerveux. De 28 à 40 ans, la santé a été relativement bonne, sauf quelques troubles de la digestion, mais à de rares intervalles.

Depuis cinq ans, les malaises de l'estomac, quoique moindres, ont reparu sous une autre forme ; le malade ne peut rester à jeun sans éprouver une tendance syncopale

et une sensation d'angoisse fort pénible. Le sujet, très intelligent, prédicateur de valeur, travailleur acharné, venait d'être nommé curé d'une paroisse où, dès le début, il a été en proie à de nombreuses difficultés. Les comptes de la fabrique étaient très embrouillés ; la commune, dont une partie est française, l'autre suisse, s'était emparée, depuis de nombreuses années, des revenus de la paroisse. Notre malade a été obligé de faire des recherches dans les vieux dossiers, de plaider, etc. Les soucis, le surmenage occasionnés par ces embarras ont été excessifs. Après le gain du procès, il y a trois ans, les troubles de la digestion ont reparu, cette fois très accentués. Ils consistaient en dégoût de la nourriture, douleurs au creux de l'estomac et digestions fort laborieuses ; ils étaient accompagnés d'un tremblement très accentué de tout le corps, plus marqué cependant aux membres supérieurs ; l'écriture était très altérée. L'amaigrissement avait été très rapide : 20 kilos en 3 mois. Le malade consulte alors un médecin de Genève, qui lui prescrit des antispasmodiques intestinaux, de la noix vomique et de la pepsine. Ce médecin remarque la tuméfaction du corps thyroïde, à laquelle le malade n'avait apporté aucune attention et ordonne pour ce goître une pommade iodo-iodurée qui ne fut pas employée.

Après le traitement de l'estomac, le cou avait diminué et le tremblement presque disparu ; la digestion était devenue assez facile, l'état de vacuité de l'estomac ne déterminait plus de sensation angoissante ou syncopale.

Cet état persista un an et demi.

Au mois d'août 1896, le malade éprouve de nouveau des maux d'estomac, un tremblement de tout le corps, des palpitations angoissantes avec accès paroxystiques et de l'insomnie. Un séjour à la montagne produisit

une amélioration notable de tous ces symptômes ; cependant, le malade n'avait plus la même facilité de travail ; il avait des dégoûts et déjà quelques préoccupations hypocondriaques.

En octobre, il est atteint de mélancolie simple, qui ne l'empêche pas d'exercer son ministère ; les travaux qu'il affectionnait ne sont plus pour lui qu'une cause d'ennui et quelque peu d'angoisse ; la mémoire est moins fidèle.

En décembre, les troubles mélancoliques s'accentuent ; le travail devient impossible ; le malade prend alors un congé qu'il va passer dans sa famille. Il est anxieux et a des idées de suicide auxquelles il peut encore résister. Il est soigné par un médecin dans sa famille, pendant deux mois, sans résultat. Il est alors conduit à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon. Le certificat du docteur qui l'a traité est ainsi conçu : « Est atteint de délire de persécution, avec hallucinations de la sensibilité générale. »

L'attitude et la physionomie du malade, à ce moment, expriment l'angoisse et l'instabilité ; il ne peut rester en place, gémit ; l'attention est diminuée ; les idées mélancoliques sont obsédantes : aussi répond-il fort mal aux questions qu'on lui pose. Une de ses préoccupations est l'impossibilité de la guérison ; il y revient à chaque instant. Cependant, à la suite de pressantes interrogations, il raconte qu'il a eu de nombreux ennuis, que tout le monde le regardait passer, que des gens qu'il n'avait jamais vus lui disaient dans l'oreille des reproches sur sa conduite, sur la façon dont il avait conduit son procès, etc.

Ces reproches continuaient la nuit. Sous l'influence de ces hallucinations et de l'insomnie, il est tombé dans un état de tristesse excessive qui lui fait désirer la mort. Les

idées de persécution n'existent à peu près pas, et ce qui domine, c'est la lypémanie.

Examen physique. — Le lobe gauche du corps thyroïde est très augmenté de volume ; il forme une masse du volume d'une grosse mandarine. Il n'y a pas d'exophtalmie ; par contre, on note un tremblement qui présente les caractères suivants : tout le corps est animé d'un léger mouvement à oscillations verticales très rapides, les mains tremblent aussi et ce tremblement se fait sentir dans l'écriture. Le pouls est rapide, 120 à 130 par minute ; pas de palpitations. Les urines, claires et limpides, abondantes (2 litres et demi), ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le malade se plaint de gastralgie, l'estomac est un peu dilaté, on perçoit un clapotement qui ne dépasse pas d'un travers de doigt la ligne ombilico-costale. La constipation est habituelle et l'amaigrissement très marqué.

Le traitement prescrit est la teinture thébaïque à dose progressive depuis le 10 mars jusqu'au 10 mai, en augmentant d'un quart de centigramme par jour.

10 mai. — Le malade prend 20 centigrammes d'extrait thébaïque. A la visite du matin, il nous dit qu'il va beaucoup mieux, que son anxiété a disparu, alors que la veille il était aussi atteint que le jour de son entrée. Il nous avoue, à ce moment, ses idées de suicide, raconte son délire, ses illusions et ses hallucinations, qui n'existent plus. La teinture thébaïque est continuée, mais à doses décroissantes.

1er mai. — L'état mental persiste bon. Suppression de l'opium. Le goître a le même volume ; le pouls est moins rapide (80). L'insomnie, ainsi que la polyurie, ont disparu.

Le malade a été pris, dans la nuit, de palpitations violentes avec sensation d'étouffement ayant nécessité la

position assise. La respiration est rapide, le corps est agité par un tremblement accentué à oscillations dans le sens de l'axe du corps ; on peut les noter même sans mettre la main sur la tête du sujet ; les mains tremblent aussi, le malade a de la peine à porter un verre à sa bouche. Le pouls est très rapide (130).

Les battements du cœur sont énergiques et irréguliers, les vaisseaux du cou sont tendus ; le goître a augmenté de volume dans de notables proportions ; il est pulsatile. Œdème aux membres inférieurs. Pas d'exophtalmie. Urine : ni sucre, ni albumine. Traitement bromuré.

25. — L'état mental est bon. Persistance des accès de suffocation. Insomnie très tenace. Même état du corps thyroïde.

1er juin. — Traitement opothérapique thyroïdien, le malade absorbe en nature le corps thyroïde du mouton ; la dose est croissante : d'abord un lobe, puis deux, en augmentant d'un lobe tous les deux jours.

25. — Le tremblement s'atténue. Les palpitations ont disparu, en même temps que le sommeil est revenu ; le corps thyroïde a repris son volume antérieur.

L'état mental est satisfaisant.

10 juillet. — Le malade sort guéri de sa psychose et de sa maladie de Basedow, conservant cependant son goître, qui ne le gêne en rien.

63. Mairet. — *In* thèse Plaignard. *Montpellier,* 1899.

Lypémanie. — Maladie de Basedow.

Mme B..., âgée de 55 ans, présente depuis trois ans des troubles psychiques particuliers ; elle est envahie par un sentiment de tristesse excessivement profond, il lui semble constamment que quelque malheur va lui arriver et,

en même temps, elle s'imagine n'être plus la même personne, au physique et au moral. Elle a, en outre, des tendances au suicide tellement prononcées qu'elle a voulu elle-même venir à l'asile et que, depuis lors, malgré les instances de ses enfants, elle a toujours refusé de quitter le service, parce que, — c'est elle qui parle, — « elle craint, si elle sort, de ne pouvoir résister à ses mauvaises idées ». On ne constate pas de perversions sensorielles, sauf quelques bourdonnements d'oreilles. L'intelligence est conservée dans son fond, il n'y a pas de démence.

Physiquement, on retrouve chez Mme B... les troubles ordinaires de la lypémanie : peau brunâtre et huileuse, anorexie s'accompagnant souvent de refus d'alimentation, constipation et troubles hépatiques.

Elle présente de plus quelques symptômes, qu'on ne retrouve pas, tout au moins avec une modalité semblable, dans la lypémanie ordinaire, et qui sont : 1° des douleurs de tête violentes ; ces douleurs sont constrictives, comme si la tête était enserrée dans une calotte de plomb, et lancinantes avec sensation de battements ; c'est comme si cela faisait « tic-tac » dans la tête, dit la malade. Ces douleurs sont parfois tellement violentes que Mme B... tient, pendant de longues heures, sa tête dans ses mains en gémissant et en suppliant qu'on la guérisse : « Je ne peux plus y tenir », dit-elle ; 2° une insomnie opiniâtre, indépendante des douleurs de tête et des idées lypémaniaques. « Même quand je ne souffre pas, dit-elle, je ne puis pas dormir, je ne sais pas pourquoi ; ce ne sont pas mes idées qui m'en empêchent, mais le sommeil ne veut pas venir » ; 3° une diminution considérable de l'acuité auditive : il faut s'approcher très près de l'oreille et même élever assez la voix pour se faire entendre. Cette surdité s'est produite depuis l'admission de la malade à l'Asile ;

4° une sensation de chaleur généralisée à tout le corps ; 5° un état d'inquiétude tout particulier : quand Mme B... ne reste pas immobile, la tête dans ses mains, on la voit aller et venir dans les cours, l'œil légèrement hagard, se passant la main sur le front et répondant d'une voix tremblante et un peu caverneuse aux questions qu'on lui pose.

Un an après le début de sa lypémanie, Mme B... fut atteinte de goître exophtalmique. Au moment de l'examen, on constate d'abord un goître, surtout marqué au niveau du lobe droit et du lobe médian du corps thyroïde ; ce goître, dont l'apparition remonte à deux ans, et qui est actuellement comme flétri, était beaucoup plus turgescent et volumineux depuis six mois, la circonférence du cou a diminué de trois centimètres), et il s'accompagnait alors d'un état habituel de congestion de la face qui n'existe plus. Ce sont ensuite des battements de cœur fréquents ; depuis qu'on observe Mme B..., le chiffre des pulsations n'est jamais tombé au-dessous de 90 par minute et se maintient généralement entre 112 et 120. Cette fréquence des pulsations cardiaques ne s'accompagne ni de palpitations, ni d'intermittence, ni de lésions d'orifice. C'est enfin un tremblement très marqué, surtout au niveau des membres supérieurs ; ce tremblement, d'assez grande envergure et rythmique, existe non seulement lorsqu'on demande un effort à la malade, mais encore à l'état de repos ; de plus, la fatigue l'exagère beaucoup. Lors de l'entrée de Mme B... à l'Asile, le tremblement était surtout marqué au niveau de la tête, qui oscillait constamment d'avant en arrière ; par un effort de la volonté, Mme B... pouvait l'arrêter, mais alors elle souffrait beaucoup, et lorsqu'on appliquait les mains de chaque côté du crâne, on percevait un mouvement vibratoire.

Actuellement et depuis assez longtemps déjà, le trem-

blement de la tête a disparu, tandis que les muscles du cou, des membres supérieurs et même des membres inférieurs sont atteints.

64. Mairet. — *In* thèse Plaignard. *Montpellier,* 1899.

Lypémanie. — Maladie de Basedow. — Guérison par l'opothérapie thyroïdienne.

Mme G... est âgée de 40 ans lorsqu'elle entre à l'Asile le 30 septembre 1893. Elle présente une aliénation mentale à direction lypémanique, avec perversions sensorielles (elle voit des serpents, du feu, son fils), d'où un état d'inquiétude constant avec apeurement, refus d'alimentation et insomnie. On constate, en outre :

1° Un état d'égarement intellectuel très marqué ;

2° Des pratiques d'une saleté repoussante : non seulement elle mouille et salit sous elle, mais elle prend ses matières fécales à pleines mains, les étend le long du mur et dans son lit.

L'état physique est mauvais, l'anémie profonde, la face et les muqueuses sont pâles, les extrémités inférieures sont œdématiées, les pupilles dilatées. Il existe certains troubles qui font penser à une maladie de Basedow : pouls faible, dépressible, excessivement fréquent (150 pulsations par minute) ; affaiblissement considérable des bruits du cœur et tremblements verticaux des extrémités supérieures ; ces tremblements sont excessivement fréquents ; cependant, il n'y a ni goître ni exophtalmie.

On met tout en œuvre pour relever la nutrition générale et les battements cardiaques : alimentation, hydrothérapie et frictions, fer, digitale, caféine, spartéine ; on fait même des injections de chlorure de sodium. Tout reste sans résultat, du moins en ce qui concerne l'intelligence. Au

point de vue physique, la santé se relève un peu ; mais le pouls reste toujours fréquent, les tremblements verticaux persistent et il commence nettement à apparaître de l'exophtalmie sans goître.

Cet état dure ainsi 8 mois. Ce que voyant, nous nous décidons à faire des injections de liquide thyroïdien. Sous leur influence, des modifications se produisent dans le délire ; la malade est moins triste, moins absorbée, moins sale ; mais elle devient méchante, se révolte volontiers, dit de gros mots et frappe les autres malades ; elle se plaint beaucoup des piqûres qu'on lui fait et de douleurs de tête. Puis, assez rapidement, une amélioration très nette se prononce ; elle se trouve mieux, ne ressent plus de douleurs de tête, est propre, se rend compte, mais vaguement, de ce qu'elle avait autrefois ; elle se souvient toutefois nettement de ses hallucinations de la vue.

Ces modifications frappent tout le monde et, en particulier, sa famille ; elles s'accentuent encore, la malade commence à travailler régulièrement, seulement elle se plaint d'y voir double. A certains moments, elle est reprise par la tristesse, mais ces moments sont passagers ; l'amélioration se prononce de plus en plus. En même temps, le pouls devient beaucoup moins fréquent (92 pulsations au lieu de 150), les battements plus énergiques, mais l'exophtalmie reste très nette, s'accompagnant d'un léger strabisme.

Un an et demi après l'entrée, cette malade quittait l'Asile ; le délire avait disparu, l'intelligence semblait cependant un peu affaiblie, l'exophtalmie persistant toujours.

Elle est rentrée chez elle, a pu reprendre ses occupations et, depuis deux ans et demi environ, elle vit ainsi au

dehors. Toutefois, il y a plus d'un an que nous n'avons pas eu de nouvelles d'elle.

65. Dalmas. — Troubles psychiques dans le goître exophtalmique. *Thèse de Paris* 1909.

Ménopause précoce. — Hyperhytroïdie. — Mélancolie anxieuse. — Alternatives d'excitation et de dépression.

D... Eugénie, 45 ans, ménagère.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas de manifestations pathologiques appréciables. Le père exerçait la profession de serrurier et mourut, à 63 ans, d'un affection cardiaque. Il était originaire du Dauphiné et, bien que natif d'une région de goîtreux, il ne présenta aucune affecton du corps thyroïde. La mère est morte à 63 ans de congestion cérébrale. Trois frères et deux sœurs, actuellement en vie, ne présentent rien d'important à signaler.

Elevée à Vincennes, elle n'aurait jamais été malade pendant son enfance. Elle sait lire et écrire. Réglée à 11 ans et demi. Ses règles revenaient régulièrement tous les 28 jours et duraient 4 à 5 jours. Mariée à 26 ans, elle eut de ce mariage une fille, qui vécut trois semaines, et elle fit une fausse-couche. De plus, à chaque époque menstruelle, elle souffrait de violentes migraines.

La malade avait un caractère égal, n'était pas nerveuse et s'occupait avec beaucoup de soin de son ménage.

A 38 ans, en janvier 1903, alors qu'elle était menstruée régulièrement jusque-là, ses règles s'arrêtèrent brusquement, et depuis elle n'a plus jamais eu ses règles et n'a plus souffert de l'abdomen. A la même époque, elle commence à éprouver des battements de cœur, qui surviennent surtout après les repas et lors des fatigues ; ses yeux deviennent saillants et augmentent de volume.

Son mari constate des modifications profondes dans le caractère de sa femme, tant elles contrastent avec ses habitudes antérieures ; elle se plaint de cauchemars, ne s'occupe plus de son ménage et ne prépare pas le dîner. Elle est prise en même temps de phénomènes qu'elle n'avait jamais éprouvés auparavant. Un soir, à un repas de famille, sans motif, elle se jette dans les bras de son mari en disant que sa voisine veut la tuer. Dans la nuit du 1er février 1903, elle se réveille en proie à une crise d'anxiété, que son mari décrit de la façon suivante : « Tout d'un coup, vers 10 heures du soir, elle est prise d'angoisse, de peur de mourir, a de la peine à respirer, transpire au point de tremper sa chemise, a des frissons, un tremblement général, elle se sauve du lit, croyant que son mari va la tuer, et on la retrouve, transie de froid, dans un hangar à bicyclette. »

Elle était triste, avait des idées de culpabilité et de suicide ; elle demandait pardon à tout le monde et essaya de se suicider en s'ouvrant les veines du poignet.

Le 3 février 1903, elle fut vue en consultation par le médecin habituel de la famille, qui fit le diagnostic de maladie de Basedow et à la suite de ce diagnostic, elle fut internée à la maison de santé du docteur D..., qui rédigea le certificat suivant : « Mélancolie anxieuse avec délire hallucinatoire, idées de culpabilité et impulsions au suicide. »

Elle resta en traitement jusqu'au 16 décembre 1903, époque à laquelle elle fut transférée à l'Asile de Ville-Evrard. Son état ne s'était pas modifié. On constate des hallucinations multiples ; on obtient à grand peine des bribes de réponses au milieu d'un déluge de larmes. Les idées de culpabilité existent toujours ; la malade les avoue en disant qu'elle voulait se tuer pour ne pas faire souffrir

les siens. Ce qui domine surtout, c'est la tristesse, l'inertie motrice, la paralysie de la volonté. Tout travail lui est devenu impossible. Toute proposition de travail, de lecture est repoussée.

Sur ce fond de dépression et de découragement, se sont greffées des crises de désespoir assez violentes pour avoir donné lieu à plusieurs tentatives de suicide. Elle se donnait des coups, s'arrachait les cheveux, cherchait à se tuer ; elle avala une aiguille pour se suicider, mais la tentative échoua, et l'aiguille sortit quelques jours après par la joue.

En avril 1905, son mari la prend en congé ; elle était calme, mais avait besoin d'être commandée comme un enfant. Elle ne s'occupe pas. Un jour, elle casse la pendule d'un coup de poing et jette une boîte à la tête de sa sœur : ce sont là des impulsions que la malade ne peut expliquer.

La mémoire était diminuée : elle se rappelle tout ce qui s'est passé antérieurement à sa maladie, mais oublie ce qu'on lui dit depuis 1903 ; c'est ainsi qu'on lui a annoncé la mort de son frère et qu'elle ne s'en souvient pas ; elle a eu, du reste, à cette nouvelle, une attitude absolument indifférente.

Etat actuel. — Son attention, ainsi que sa volonté, sont très faibles ; les hallucinations de l'ouïe persistent. Elle est désorientée, ne sait pas où elle est, ne se rend pas compte de sa situation. De temps en temps, elle semble présenter des hallucinations visuelles. Elle prétend voir des personnes en apparition.

La mémoire est très obtuse et elle ne se rappelle plus la durée de son séjour à Ville-Evrard.

Elle est incapable de suivre un interrogatoire et, après quelques réponses exactes, des larmes perlent dans ses yeux et elle refuse de répondre, en disant : « qu'on la fatigue, qu'on lui fait mal. »

Au point de vue affectif, on constate une diminution de ses sentiments envers sa famille et surtout une irritabilité très marquée, qui se manifeste par des colères violentes, déclanchées par la moindre chose, et pendant lesquelles elle perd toute retenue et insulte le personnel du service.

Au point de vue somatique, D... se présente comme une femme de taille moyenne, bien constituée, aux traits réguliers, chez laquelle on constate une obésité marquée : son cou est fort et augmente de volume ; des deux lobes du corps thyroïde sont hypertrophiés, le visage est fortement pigmenté ; des plaques symétriques de xanthelasma siègent aux deux paupières supérieures. L'exophtalmie est double et très nette. Pas de signe de Stelwag ni de Mœbius. L'étude du cœur ne révèle rien de bien important du côté des orifices. Les pulsations sont de 80 par minute. Il n'y a pas d'intermittences vraies, le pouls est fort tendu. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le tremblement des doigts est régulier, à petites oscillations. La sensibilité dans tous ses modes est normale ; il en est de même des réflexes tendineux, cutanés et papillaires.

D... présente des troubles vaso-moteurs très nets : elle a constamment de la rougeur de la face, des accès d'étouffement, des palpitations, des bouffées de chaleur, des frissons. Ses mains sont moites et elle se plaint d'une sensation de chaleur continuelle.

66. Dalmas. — *Loc. cit.*

Dégénérescence mentale. — Goître exophtalmique. — Mélancolie.

D..., 45 ans, entre à l'Asile de Clermont (Oise) le 20 mai 1908.

C'est une femme de taille élevée, avec de nombreux stig-

mates de dégénérescence (asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, front petit, prognathisme des maxillaires). Dans ses antécédents héréditaires, nous ne pouvons signaler aucun détail important ; elle nous dit que sa mère avait une maladie de nerfs.

Les troubles mentaux auraient débuté depuis plusieurs mois, mais c'est depuis trois semaines environ, à la suite de la perte d'une de ses filles, morte de tuberculose pulmonaire, que le caractère de la malade s'est modifié. Elle est devenue triste, ne s'occupe plus ; elle veut se suicider, tuer les petits enfants qui vivent avec elle.

On constate une légère exophtalmie double, de la tachycardie (128 pulsations), des palpitations, du tremblement des doigts et un goître de petite dimension.

La malade est très émotive, pleure facilement, elle a des cauchemars et dort mal la nuit. Elle reconnaît avoir des accès de colère qui lui font prendre en grippe son entourage.

Pendant le mois de mai, cet état reste sans modification. Ce qui domine, c'est l'inhibition psycho-motrice. Il faut la forcer à se lever, à prendre soin d'elle-même, à s'occuper de sa toilette, à venir à table. Elle passe sa journée dans son lit ou reste immobile sur une chaise, parlant à peine, donnant l'impression d'une très grande lassitude, à la fois physique et mentale.

Au mois de juin, elle présente des alternatives d'excitation et de dépression. Elle dort mal la nuit, a des craintes sans motif, gémit ; l'émotivité est exagérée ; elle s'alimente mal, refuse les aliments parce qu'elle est indigne de vivre et vit dans une inaction complète.

Ses sentiments affectifs envers sa famille sont diminués. Elle a des accès de mauvaise humeur, pendant lesquels elle se met en colère contre le personnel qui la soigne.

On trouve quelques interprétations délirantes : on la regarde de travers. Elle aurait également des hallucinations de l'ouïe, car elle a entendu à plusieurs reprises des voix qui l'accusaient d'avoir assassiné.

Pendant les mois d'août et de septembre, il n'y eut pas d'amélioration. Elle refusait souvent de répondre aux questions posées ; les idées de culpabilité et d'indignité persistent ; elle croit qu'elle a trop mangé, qu'elle est pourrie, empoisonnée. Sur ce fond de dépression, se sont greffées des crises de désespoir assez violentes pour avoir donné lieu à plusieurs tentatives de suicide.

Au mois de janvier 1909, elle traverse une période d'agitation de courte durée.

Au mois d'avril 1909, elle ne veut plus manger, parce qu'elle est malade, tuberculeuse, etc. Toute proposition de travail, de lecture est repoussée ; elle passe sa journée immobile sur une chaise ; elle pleure souvent.

La mémoire est conservée ; elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle sait où elle est. « Les gens qui sont autour de moi sont fous, nous répond-elle, et moi aussi. »

Elle se prête difficilement à un interrogatoire minutieux, gardant un mutisme complet. Pressée de questions, elle s'éloigne de nous et répond : « Oh ! laissez-moi, je ne guérirai plus ; laissez-moi, vous ne me guérirez pas ». Elle refuse de laisser toucher son pouls : « Oh ! ça ne sert à rien, c'est inutile ; vous n'y ferez rien. »

La malade n'a pas été réglée depuis son admission à l'Asile ; les renseignements donnés par sa famille nous ont appris que D... n'est plus réglée depuis le début de l'année 1908, époque à laquelle ont apparu les troubles mentaux.

67. Dalmas. — *Loc. cit.*

Mélancolie. — Ménopause. — Goître exophtalmique.

S..., blanchisseuse, âgée de 45 ans, a des antécédents chargés. La malade a peu connu son père, qui abandonna, après quelques années de mariage, sa femme légitime, pour aller vivre avec des maîtresses. La mère exerçait la profession de blanchisseuse ; elle fut soignée pendant trois ans à l'Asile de Ville-Evrard pour des troubles mélancoliques et mourut, à l'âge de 43 ans, à l'Asile de Saint-Dizier.

Elle est allée à l'école jusqu'à 12 ans et elle sait lire et écrire. Réglée à 12 ans, elle n'aurait pas eu de maladies graves pendant son enfance. Mariée à 23 ans, elle eut de ce premier mariage une petite fille, née avant terme, à huit mois et demi. Divorcée à 31 ans parce que son mari l'avait quittée, elle se remaria à 34 ans et n'eut pas d'enfants de ce second mariage. Elle a continué à exercer son métier de blanchisseuse jusqu'à l'âge de 43 ans, époque à laquelle survient la ménopause, à la suite d'une grande frayeur.

Le 26 février 1900, à l'âge de 43 ans, S... est internée à l'Asile de Clermont, parce que, dans l'espace de quelques semaines, elle a fait quatre tentatives de suicide. Une première fois, elle s'est jetée dans la Seine, et, il y a 15 jours, dans un puits ; elle s'est coupé une varice avec un couteau.

Au point de vue psychique, on constate l'existence d'hallucinations de l'ouïe : elle entend des voix qui lui disent des mots grossiers et l'accusent d'aller, le matin, dans les caves, voler du linge ; elle a des idées de culpabilité, demande pardon à tout le monde parce qu'elle est une coupable. L'émotivité est exagérée : elle pleure facilement et sans raison. Elle a eu également des hallucinations

visuelles nocturnes (voyait des chats ensanglantés, rêves professionnels).

Au point de vue somatique, on constate un tremblement des membres, menu, à oscillations rapides et verticales. A la partie antérieure du cou, dans la région sous-thyroïdienne, existe une petite tuméfaction ovalaire, lisse, régulière, de consistance pâteuse, développée manifestement aux dépens de la glande thyroïde et soulevée à chaque systole par les artères du cou. Le pouls est à 112 pulsations par minute et un peu irrégulier.

Pendant le mois de mars 1900, la malade est confuse, constamment inquiète, pleure sans motif. Elle va être punie des méfaits dont on l'accuse et proteste de son innocence.

Elle dort mal, la nuit, et se plaint de cauchemars. Vers la fin de 1900, son mari la prend en congé pendant un mois, mais il la ramène à l'asile au bout de 15 jours, car il n'a pu la garder. Elle pleurait à peu près constamment et se plaignait qu'on fit des allusions sur son honnêteté.

Cet état mélancolique ne s'est pas amélioré jusqu'à ce jour et les symptômes du goître exophtalmique existent encore. Les doigts tremblent, le pouls est à 100 pulsations par minute et le lobe droit du corps thyroïde est manifestement hypertrophié.

S... reste triste, causant peu à ses voisines et au personnel qui la soigne. Elle est émotive et elle tremble à l'idée d'être interrogée par le médecin. La mémoire est un peu obtuse, les souvenirs récents sont oubliés depuis l'époque de son internement, mais les souvenirs anciens sont bien conservés.

C — Maladie de Basedow et aliénation mentale caractérisée par des alternatives d'excitation et de dépression.

Nous avons vu que le goître exophtalmique s'accompagne fréquemment de manie ou de mélancolie. Dans certains cas, les deux états alternent chez un même malade avec une régularité plus ou moins grande.

68. Cane. — *The Lancet,* 1877.

Femme qui, à la suite de la mort de son mari, fut prise en même temps de maladie de Basedow et de troubles psychiques. Elle présentait alternativement de la manie et de la mélancolie Au cours de ce dernier état, elle fit plusieurs tentatives de suicide.

69. Savage. — *Guy's hospital reports,* 1882.

Trois observations de goîtres exophtalmiques accompagnés d'alternatives de manie et de mélancolie.

70. Calman Colins. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. *The Lancet,* 1887.

Malade chez laquelle, au cours de la maladie de Basedow, survinrent des désordres cérébraux caractérisés par un mélange d'excitation maniaque et de dépression mélancolique avec idées mystiques et idées de persécution. Les troubles psychiques disparurent au bout d'un mois.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE PATHOGÉNIQUE

Rapports des troubles psychiques avec le goître exophtalmique

Nous avons donné des exemples de toutes les manifestations psychiques qui peuvent accompagner la maladie de Basedow. Nous les avons étudiées au point de vue clinique, c'est-à-dire en elles-mêmes. Il nous reste à rechercher quels sont leurs rapports avec le goître exophtalmique.

La réalisation de troubles mentaux au cours du syndrome de Graves peut être le résultat d'une simple coïncidence ou se rattacher étroitement aux causes mêmes de ce syndrome.

En définitive, la première question qui se pose est de savoir si les manifestations psychiques observées appartiennent en propre à la maladie de Basedow.

Deux solutions opposées ont été données au problème.

Beaucoup d'auteurs considèrent que ces désordres cérébraux s'expliquent par des associations morbides et résultent de l'adjonction à la maladie de Graves de névroses,

de vésanies, ou encore des manifestations de la dégénérescence.

Les autres pensent qu'il existe une union étroite entre les troubles mentaux basedowiens et la maladie elle-même. Pour eux, l'état psychique habituel des exophtalmiques ferait partie du tableau clinique du syndrome au même titre que les signes physiques. Les délires et les vésanies auraient leur origine dans un développement excessif de ces troubles psychiques élémentaires.

CHAPITRE PREMIER

DÉMEMBREMENT DES TROUBLES PSYCHIQUES BASEDOWIENS

L'examen des faits dans leur ensemble est favorable à la théorie qui considère les troubles psychiques basedowiens comme le résultat d'associations morbides.

Il est, en effet, facile de se rendre compte que ces désordres mentaux présentent un polymorphisme peu compatible avec l'hypothèse d'une pathogénie univoque.

D'autre part, la plupart d'entre eux constituent des manifestations cliniques habituelles appartenant à d'autres états pathologiques.

Ces remarques ont été faites par de nombreux auteurs.

Savage (1882), rapportant les observations résumées au n° 69, conclut que les troubles psychiques sont fortuitement associés à la maladie de Basedow.

Ball (1890), Gilbert Ballet (1890) mettent en lumière un fait déjà connu : la coexistence fréquente de l'hystérie avec le goître exophtalmique. Ils insistent sur le rôle de la névrose dans la production des manifestations psychiques et en particulier des hallucinations.

Joffroy (1890) admet que, dans certains cas, l'état mental habituel des Basedowiens peut s'exagérer et donner lieu à une mélancolie ou à une manie symptomatique du goître exophtalmique, mais il pense que, très souvent, l'aliénation

mentale constitue une affection surajoutée et qu'elle est tout à fait indépendante du syndrome de Graves. En outre, la prédisposition héréditaire et l'hystérie se combineraient souvent à cette maladie pour donner lieu à des troubles mentaux, qu'on ne saurait rattacher entièrement à l'état névropathique ou au goître exophtalmique.

Boeteau (1893) considère que les manifestations psychiques basedowiennes forment deux groupes :

Le premier comprend les troubles du caractère et de la volonté qui constituent le fond de l'état mental habituel des exophtalmiques. L'auteur les rattache à la neurasthénie.

Le second groupe se rapporte à des vésanies diverses, que Boeteau considère comme n'ayant aucun rapport avec la maladie de Graves.

Raymond et Sérieux, revenant sur des faits antérieurement observés et en donnant de nouveaux, ont développé les idées émises par les auteurs précités. De leur étude, parue dans la *Revue de médecine* de 1892, se dégagent trois conclusions principales :

1° Ils pensent que les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font pas partie intégrante de l'affection, « ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes ; ils relèvent en réalité de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes. Il y a lieu d'opérer le démembrement de ces symptômes psychiques, au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués. Une certaine partie peut être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc. Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale ».

2° « Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-

protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est à la base de la maladie. »

3°. La maladie de Basedow étant une névrose, son association avec la dégénérescence mentale, ou avec d'autres états névropathiques, n'est pas le fait d'une coïncidence.

Elle s'explique par la loi de l'évolution simultanée et parallèle des névroses et des psychoses. Le rôle du goître exophtalmique se réduit à celui d'une cause occasionnelle banale, venant réveiller les aptitudes délirantes d'un prédisposé.

Nous laissons de côté, pour l'instant, ce qui, dans la théorie de Raymond et Sérieux, se rapporte à la nature même de la maladie de Basedow, et nous ne voulons retenir que la première partie des conclusions, relative au démembrement des troubles psychiques basedowiens. C'est le seul point que nous ayons à discuter pour le moment.

Il suffit de passer en revue les faits cliniques que nous avons groupés dans la première partie de ce travail, pour se rendre compte que la manière de voir de Raymond et Sérieux se trouve vérifiée dans un grand nombre de cas. Beaucoup des manifestations mentales qui accompagnent le goître exophtalmique, doivent être rattachées, soit à la dégénérescence mentale, soit à une névrose, soit à une psychose associée.

A. — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow

La plupart des Basedowiens appartiennent à la grande famille des dégénérés. Cette dégénérescence se manifeste :

1° Dans l'état mental habituel de ces malades ;

2° Dans les délires qu'ils présentent parfois.

a) Etat mental habituel des Basedowiens et dégénérescence mentale

a) L'état mental habituel du Basedowien est fait d'éléments que l'on retrouve chez beaucoup de dégénérés ; l'instabilité, le développement inégal des facultés ne sont, en aucune façon, spéciaux aux exophtalmiques, mais relèvent de la prédisposition avec stigmates. Il en est de même de leur aboulie, ainsi que de leurs terreurs et de leurs colères.

La diminution de leurs sentiments moraux, leur égoïsme ne diffèrent en rien de ces mêmes manifestations chez les simples dégénérés.

Cependant, leur émotivité, leur irritabilité et leur instabilité ont une manière d'être spéciale, qui porte, en quelque sorte, la signature de la maladie. Pour Jacquin, ces symptômes sont tellement particuliers, qu'ils pourraient servir à diagnostiquer le goître exophtalmique. Raymond et Sérieux les considèrent comme de véritables stigmates psychiques de cette affection.

D'autre part, certains Basedowiens présentent, parfois, un état de torpeur intellectuelle, bien différente de la débilité mentale des déséquilibrés.

Il semble donc que, si l'état mental des exophtalmiques

s'explique en partie, par l'association de la dégénérescence mentale, il présente un aspect spécial qui paraît tenir à la nature même de la maladie. Nous verrons, plus loin, à quelle cause nous devons rattacher ce caractère particulier de la constitution psychique du Basedowien.

b) Troubles délirants et dégénérescence mentale

Beaucoup de troubles délirants passagers observés chez les exophtalmiques relèvent de la dégénérescence mentale.

On peut en donner trois sortes de preuves :

1° Les Basedowiens (qu'ils présentent ou non des troubles mentaux ont souvent une hérédité névropathique très nette ;

2° On trouve chez plusieurs d'entre eux, des stigmates nombreux de dégénérescence ;

3° Les caractères mêmes de certains de ces troubles psychiques en démontrent la nature : ce sont des manifestations typiques de la dégénérescence mentale.

Les faits cliniques nous permettent de fonder ces conclusions sur de nombreux exemples :

1° *Hérédité des Basedowiens.* — Il suffit de se reporter aux observations de notre première partie pour voir que l'on trouve fréquemment des tares héréditaires chez les Basedowiens.

Leur existence est signalée dans le cas cité par Solerig (obs. 1).

Elle est particulièrement bien mise en relief dans les observations de Raymond et Sérieux.

Une de leurs malades, Marie D... (obs. 10) a une *mère* goutteuse, d'un caractère insouciant et frivole. Cette der-

nière a présenté plusieurs accès de dépression mélancolique : elle a eu l'un d'eux, alors qu'elle était enceinte de la malade. Un jour qu'elle traversait un fleuve gelé, la glace se rompit derrière elle ; depuis elle restait longtemps sur la rive, sans pouvoir se décider à franchir la rivière. Elle est morte démente, à l'âge de 84 ans.

Le *père* de Marie D...., ingénieur, avait de l'exophtalmie et des palpitations ; c'était un viveur.

Sa *grand'mère,* très impressionnable, était également Basedowienne.

La *sœur de cette dernière* était mal équilibrée, négligeait sa famille, elle était désordonnée, brûlait des chaises pour faire du feu ; elle poursuivait le roi de ses pétitions, postant sur son passage ses filles vêtues de blanc pour lui présenter des placets. L'une de celle-ci, contrefaite, a mené une existence irrégulière ; un fils, officier supérieur, a été cassé pour dettes.

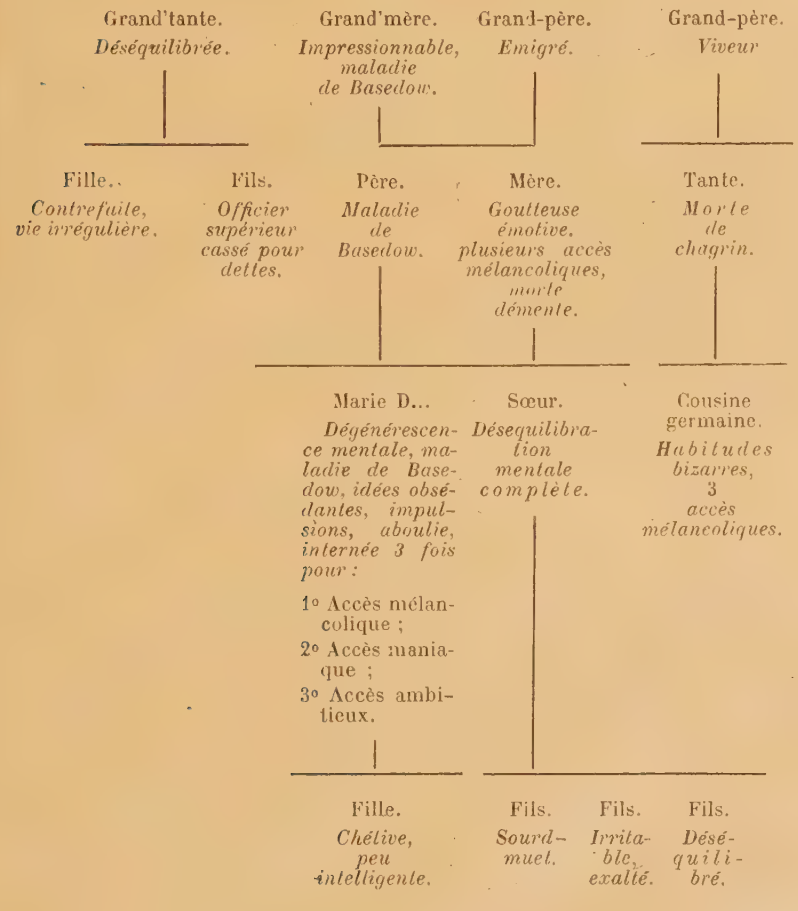
Une cousine germaine de Marie D... collectionnait des objets de rebut, se privait de tout, elle et ses gens, pour distribuer son argent aux autres. A partir de 60 ans, elle a eu à trois reprises des accès de délire mélancolique.

La *sœur* de la malade avait la réputation d'une folle ; elle a mené une existence irrégulière jusqu'à son mariage ; elle poussait très loin l'irritabilité, l'insouciance et le désordre. Dénuée de sentiments affectifs à l'égard des siens, elle montrait un amour excessif pour les animaux. Elle avait des élans irréfléchis de philanthropie qui lui firent abandonner sa fille pour aller soigner des étrangers. Pendant le siège, elle recueillit une inconnue avec six enfants, mais elle ne s'occupait pas de l'éducation et de l'instruction des siens. Elle était criblée de dettes, gaspilleuse. Elle fit une dénonciation calomnieuse contre son

mari. De ses enfants, l'un est sourd-muet, l'autre déséquilibré, un troisième instable.

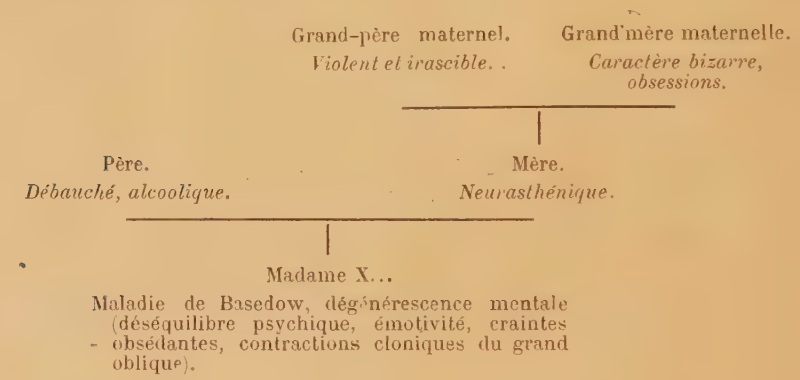
La fille de Marie D... est une débile intellectuelle.

Raymond et Sérieux résument ces tares héréditaires si intéressantes en un tableau que nous donnons ci-après :

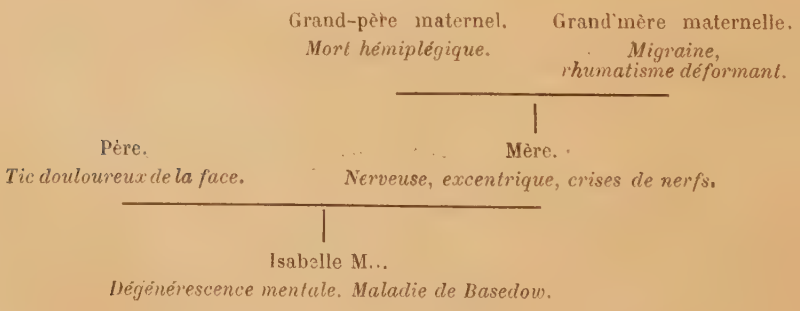


La malade de l'observation 11 (Mme X...) a sa *mère* neurasthénique. Son *père*, mort à l'âge de 40 ans, était un débauché et présentait des troubles liés à de l'alcoolisme chronique. Son *grand-père maternel* était violent, irascible. Sa *grand'mère maternelle* avait un caractère bizarre et présentait des obsessions.

Nous résumons ces tares héréditaires dans le tableau généalogique suivant :



La malade de l'observation 12, Isabelle M..., avait son *père* atteint d'un tic douloureux de la face. Sa *mère* était nerveuse, excentrique, avait de fréquentes crises de nerfs. Son *grand'père maternel* est mort hémiplégique, à 40 ans. Sa *grand'mère maternelle* était très migraineuse et présentait un rhumatisme déformant.



La malade de Vigouroux (obs. 14) avait une hérédité chargée. Ses *sœurs* étaient bizarres ; l'une d'elles était très avare; l'autre, mariée, rendait son mari très malheureux ; elle a vendu son mobilier à plusieurs reprises.

Des tares héréditaires sont également notées dans les observations 15 (Boeteau), 16 (Vigouroux).

La malade de Bidon (obs. 19) avait son *père* atteint de gravelle ; il mourut d'apoplexie cérébrale. Sa *sœur* avait un caractère peu patient. Sa *fille* a présenté de l'hystérie simulant un goître exophtalmique. La *fille cadette* est chlorotique et dysménorrhéïque. Elle a eu d'autres enfants dont certains sont morts après avoir présenté des convulsions.

La *mère* de M. L... (obs. 21, Fabre) était très nerveuse, et présentait un tremblement accentué des mains.

Une malade de Plaignard (obs. 22) était fille d'un *père* tuberculeux et d'une *mère* hystérique. Son *oncle maternel* était déséquilibré et alcoolique. Une *cousine germaine* était folle.

Mme R... (obs. 23, Bidon) est fille d'une femme qui s'est suicidée.

La malade de Raymond (obs. 24) avait un *père* coléreux et une *mère* qui présentait des crises de nerfs.

Le *père* de P. Buc... (obs. 25, Taubmann) était buveur ; il est mort de tuberculose pulmonaire. Deux de ses *frères* et une de ses *sœurs* sont morts de convulsions en bas-âge.

Les trois malades de Bœdecker ont toutes des antécédents héréditaires psychopathiques.

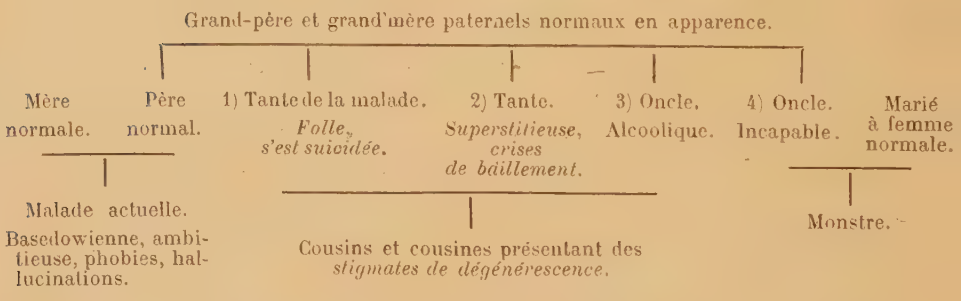
L'une d'elles (obs. 27) est née d'un *père* alcoolique et d'une *mère* très nerveuse, ayant parfois du tremblement des mains. Un de ses *fils* a eu un accès ambitieux qui a guéri et a fait une tentative de suicide.

Un malade de Ballet (obs. 31) est signalé comme présentant des antécédents héréditaires nerveux.

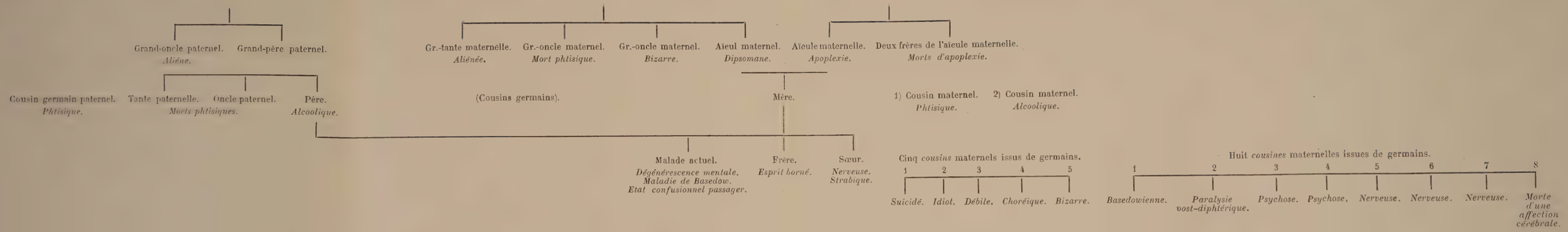
La jeune fille dont Parrhon et Marbe rapportent l'observation (n° 35) a des parents et des grands-parents chez lesquels on ne trouve pas de manifestations pathologiques appréciables, mais, par contre, on rencontre de nombreux troubles morbides chez les collatéraux de la ligne paternelle.

Une *sœur* du père était, paraît-il, folle ; elle s'est suicidée. Une autre *sœur* présentait des crises de bâillement et était très superstitieuse. Un *oncle* de la malade était alcoolique. Un autre, bien que déjà âgé et marié, était incapable de trouver une occupation et d'apprendre un métier ; sa femme devait l'entretenir. Celle-ci était normale, mais elle donna naissance à un monstre. Les *cousins* et *cousines* de la malade présentaient des stigmates de dégénérescence.

Hérédité de la malade de Parrhon et Marbe (Observ. n° 35)



Le malade de Soukhanoff (obs. 38) est *fils de cousins germains*. Son *père* était alcoolique. Son *oncle* et sa *tante paternels* étaient phtisiques. L'*aïeul maternel* avait des accès de dipsomanie. L'*aïeule maternelle* fut atteinte d'apoplexie. Un *grand-oncle paternel* et une *grand'tante*


Grand-oncle paternel.
Aliéné.
Grand-père paternel.
Cousin germain paternel.
Phtisique.
Tante paternelle.
Morts phtisiques.
Oncle paternel.
Père.
Alcoolique.
Gr.-tante maternelle.
Aliénée.
Gr.-oncle maternel.
Mort phtisique.
Gr.-oncle maternel.
Bizarre.
Aïeul maternel.
Dipsomane.
Aïeule maternelle.
Apoplexie.
Deux frères de l'aïeule maternelle.
Morts d'apoplexie.
(Cousins germains).
Mère.
1) Cousin maternel.
Phtisique.
2) Cousin maternel.
Alcoolique.
Malade actuel.
Dégénérescence mentale.
Maladie de Basedow.
Etat confusionnel passager.
Frère.
Esprit borné.
Sœur.
Nerveuse.
Strabique.
Cinq cousins maternels issus de germains.
1
2
3
4
5
Suicidé.
Idiot.
Débile.
Choréique.
Bizarre.
Huit cousines maternelles issues de germains.
1
2
3
4
5
6
7
8
Basedowienne.
Paralysie vost-diphtérique.
Psychose.
Psychose.
Nerveuse.
Nerveuse.
Nerveuse.
Morte d'une affection cérébrale.

maternelle étaient aliénés. Des deux *grands-oncles maternels*, l'un avait des bizarreries, l'autre est mort phtisique. *Deux frères de l'aïeule maternelle* sont morts d'apoplexie. Un des *cousins maternels* était phtisique, un autre alcoolique ; un des *cousins germains maternels* est mort phtisique. Les cinq *cousins issus de germains maternels* étaient atteints de psychose. L'un d'eux finit par un suicide, le second était idiot, le troisième débile, le quatrième avait la chorée et le cinquième avait des bizarreries.

L'une des cousines issues de germains souffrit de goître exophtalmique ; une autre fut atteinte de paralysie post-diphtérique ; deux d'entre elles eurent des psychoses ; trois étaient simplement nerveuses ; une autre encore est morte d'une maladie du cerveau.

Le *frère* du malade a l'esprit borné ; sa *sœur*, nerveuse, présente un strabisme marqué.

L'énumération d'une pareille hérédité, si intéressante qu'elle soit, peut paraître un peu fastidieuse et difficile à comprendre. Pour en faciliter la lecture, nous avons dressé le tableau généalogique ci-contre :

Des tares héréditaires sont également signalés chez une malade de Boeteau (obs. n° 45).

Mme G... (obs. n° 52, Henry Barton Jacobs) était fille d'un *père* qui mourut subitement à l'âge de 65 ans. Une de ses *sœurs*, exophtalmique, très irritable, mourut de même brusquement à l'âge de 39 ans. Une *nièce* est atteinte de maladie de Basedow.

Une malade de Soukhanoff (obs. 61) était fille d'un *père* irritable ; sa *sœur* était nerveuse.

S..., dont Dalmas rapporte l'observation (n° 67), est fille d'une aliénée mélancolique.

L'hérédité est dont très nette chez beaucoup des Base-

dowiens dont nous rapportons l'observation. On se trouve parfois en présence d'hérédité similaire ou d'hérédité arthritique, mais nous nous bornons à les signaler en passant pour retenir plus particulièrement l'hérédité névropathique, que nous voulons spécialement mettre en relief.

Celle-ci établit très nettement l'existence d'une prédisposition qui ne sera pas simplement latente, mais qui se marquera par les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence.

Nous remarquons, en même temps, que cette hérédité est, dans quelques cas, convergente. Les observations 10, 11 et 12 nous en offrent des exemples. Les antécédents névropathiques paternels et maternels entraînent alors la réalisation d'un terrain dégénératif encore plus propice à l'éclosion de troubles psychiques.

2° *Stigmates physiques de dégénérescence.* — L'existence de la dégénérescence, est encore démontrée dans certains cas par la constatation de stigmates physiques et physiologiques. Il est regrettable que les auteurs n'aient pas toujours signalé leur présence ou leur absence. Nous relevons, cependant, ces symptômes permanents chez plusieurs Basedowiens :

Un malade d'Eulenburg (obs. 5) a un tic convulsif.

Mme X... (obs. 11, Raymond et Sérieux) a une asymétrie faciale très prononcée. Le menton est comme tordu et rapproché du côté droit de la face. Les dents sont mal implantées. Elle présente des contractions cloniques du muscle grand oblique de l'abdomen.

Mme Isabelle M... (obs. 12, Raymond et Sérieux) a de l'asymétrie faciale. La voûte palatine est ogivale, inégalement développée des deux côtés. Les pieds sont plats, étalés. Elle a du zézaiement.

Bidon (obs. n° 18) rapporte le cas d'une malade présentant des stigmates de dégénérescence.

Matt... (obs. 22, Plaignard) a la voûte palatine en ogive. Les dents sont implantées irrégulièrement ; les oreilles sont mal ourlées ; le lobule est adhérent.

Une malade de Raymond (obs. 24) était petite, chétive ; elle avait présenté des convulsions au cours de son enfance.

Une malade de Dalmas, C... Joséphine (obs. n° 3) a le front petit, les oreilles mal ourlées.

Une autre (obs. n° 66), présente de l'asymétrie faciale ; a la voûte palatine ogivale ; elle a le front petit. On observe chez elle du prognathisme du maxillaire inférieur.

La lypémaniaque citée par Soukhanoff (obs. n° 38) a des oreilles de forme irrégulière.

3° *Caractères cliniques des troubles psychiques.* — La meilleure démonstration de la nature dégénérative de beaucoup de troubles psychiques observés est fournie par les caractères mêmes de ces troubles

Ces troubles psychiques sont constitués, soit par l'état mental habituel des malades, soit par des syndromes épisodiques, soit par des bouffées délirantes.

I. — *Etat mental habituel*

L'état mental habituel de beaucoup de malades dont nous rapportons l'observation, montre bien que ce sont de véritables dégénérés.

La malade de Solbrig (obs. n° 1) a l'esprit paradoxal.

La jeune fille que cite Boeteau (obs. n° 9) est émotive, déséquilibrée.

La malade de l'observation n° 10 (Raymond et Sérieux), Mme D..., est également déséquilibrée ; elle se livre à des

excès vénériens, elle a des idées religieuses qui vont jusqu'au mysticisme ; son caractère est mobile, excentrique ; elle fait des projets irréalisables, s'enthousiasme ou se lamente, se montre tour à tour souriante ou alarmée, etc.

Mme X... (obs. n° 11, Raymond et Sérieux) est très émotive ; tous les événements de la vie sont, pour elle, des prétextes à chagrins ; elle est fantasque, son caractère est difficile.

Isabelle M... (obs. n° 12, Raymond et Sérieux) est émotive, peureuse. Mise en apprentissage à l'âge de 14 ans, elle ne peut s'appliquer à son ouvrage ; elle a besoin de changer de place fréquemment. Les réprimandes l'exaspèrent et la font entrer dans de violentes colères qui l'entraînent à des voies de fait.

Une malade de Boeteau (obs. n° 13) est coprolalique.

Marie J... (obs. n° 14, Vigouroux) a un caractère difficile et s'est toujours comportée comme une déséquilibrée.

Une malade de Bidon (obs. n° 18) a un caractère sombre, irritable ; elle est sujette à des pleurs.

M. L... (obs. n° 21, Fabre) se fait remarquer de bonne heure par une émotivité excessive. Elle est maussade, pleure facilement.

Matt... (obs. n° 22, Plaignard) est un instable qui change fréquemment de profession, fait de mauvaises affaires, etc.

Une jeune fille de 19 ans dont Raymond rapporte l'observation (n° 24) est très impressionnable, très craintive.

P. Buc... (obs. n° 25, Taubmann) est d'un caractère sombre et difficile. Il reste des heures entières, sans prononcer une parole, et se dispute fréquemment avec sa femme.

Une malade de Bœdecker (obs. n° 28) est une débile intellectuelle.

Une jeune fille observée par Joffroy (obs. n° 30) est très impressionnable, très peureuse.

Un homme cité par Ballet (obs. n° 39) est nerveux, irritable.

Une malade de Bœttger (obs. n° 45) a un caractère excentrique.

II. — *Syndromes épisodiques*

Beaucoup des Basedowiens dont nous rapportons l'observation ont présenté des syndromes épisodiques avec tous les caractères qu'ils ont dans la dégénérescence mentale. Ce sont, le plus souvent, des obsessions et des impulsions. Celles-ci sont généralement soudaines, irrésistibles ; le malade a parfaitement conscience de son état, il éprouve de l'angoisse et ne peut trouver de repos qu'après l'accomplissement de l'acte.

La malade de Solbrig (obs. n° 1) a l'idée obsédante de tuer ses enfants.

Celles de Sérieux (obs. n° 2) et de Rivalier (obs. n° 3) ont des impulsions.

Renaut (obs. n° 4) signale un cas de kleptomanie.

Une malade de Teissier (obs. n° 6) avait des crises nerveuses accompagnées d'un besoin violent de mordre

Une jeune fille, dont Boeteau rapporte l'observation (n° 9), avait du doute ; elle était atteinte du délire du toucher, d'idées obsédantes, avec leur caractère habituel de conscience, d'irrestibilité, d'angoisse et de satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte. Elle a eu des impulsions suicidiques et des impulsions à siffler les mesures d'un air pendant une conversation.

Mme D... (obs. 10, Raymond et Sérieux) avait des scrupules dès son enfance. Elle était obsédée par l'idée d'une

faute. Elle a une peur effroyable quand il faut traverser une certaine place ; elle se met à trembler et se trouve dans l'impossibilité complète d'avancer. Il ne s'agit pas là d'agoraphobie ; l'angoisse provient d'une idée obsédante, d'un pressentiment qu'elle a d'être écrasée sur cette place. Elle n'éprouve ce phénomène à aucun autre endroit. Il lui suffit de monter sur un âne pour avoir le vertige. Elle a de la claustrophobie et éprouve de l'oppression lorsqu'elle est dans une pièce étroite. Elle présente de l'arithmomanie. Un jour elle est poussée à se déshabiller devant son médecin ; une autre fois, elle se laisse aller à jouer sans pouvoir se retenir. Agacée par les cris d'une malade, elle a l'idée obsédante de la battre et est obligée de céder.

Mme X... (obs. n° 11, Raymond et Sérieux) a des craintes obsédantes ; elle a peur des couteaux, des verres, du vide de la mer ; elle a peur d'être enfermée, d'être écrasée par les montagnes. Elle présente du doute. A un moment de son existence, s'ajoutent des obsessions hypocondriaques, elle croit que son cœur va s'arrêter, qu'elle va mourir subitement.

Une malade de Boeteau (obs. n° 13) avait du délire du toucher, qui se manifestait par la peur angoissante des objets de cuivre.

Une malade de Vigouroux (obs. 14) avait des impulsions diverses parmi lesquelles des impulsions au vol ; des idées fixes. Une autre (obs. 16) présentait de l'agoraphobie.

Rose A... (Bidon, obs. 18) a des peurs fréquentes, des accès d'angoisse.

Une autre malade de Bidon (obs. 12) a des crises de colère.

Matt. (Plaignard, obs. 22) avait des obsessions et des impulsions. Quand il sortait de chez lui, il s'arrêtait devant sa porte sans pouvoir avancer davantage. Une

force mystérieuse le forçait à rester arrêté et il lui fallait de longs efforts pour se mettre en marche. Une fois parti, rien ne pouvait l'arrêter. Se promenant un jour dans le jardin de l'Ecole de Médecine, il ne put pas résister à l'envie de parler à un étudiant, et il ne fut débarrassé de son obsession que lorsqu'elle fut satisfaite. Il ne tarda pas à avoir des hallucinations suicidiques, mais après une tentative sans résultat, il eut honte de lui-même et cessa.

Le malade dont Taubmann rapporte l'observation (n° 25), est un dégénéré hystérique qui fait des fugues. Il accomplit des voyages souvent longs sans se rendre compte de ce qu'il fait, et sans se souvenir ensuite des différentes péripéties de ces voyages. Nous rapportons plus haut son histoire in extenso et il suffit de s'y rapporter pour se rendre compte du caractère de ces fugues.

Inconscientes, suivies d'amnésie, elles rappellent à ce point de vue les fugues épileptiques. D'autre part, certaines circonstances qui les accompagnent semblent bien le fait de la dégénérescence mentale. Ce caractère mixte plaide en faveur de la nature hystérique de ces fugues ; mais, de toutes façons, elles sont toujours liées (directement ou indirectement) à la prédisposition avec stigmates.

Une malade de Dalmas (obs. n° 65) a eu, à un moment donné, des impulsions suicidiques.

III. — *Bouffées délirantes*

Comme le déséquilibre habituel et les syndromes épisodiques des Basedowiens, leurs bouffées délirantes, par leurs caractères spéciaux, se rattachent étroitement à la dégénérescence mentale, et apportent un troisième groupe de preuves en faveur de la nature dégénérative des troubles psychiques observés dans le goître exophtalmique.

La malade de Solbrig (obs. n° 1) a présenté un accès mélancolique passager.

Le Basedowien observé par Eulenburg (obs. n° 45) avait des accès alternatifs de manie et de mélancolie.

Une hystérique exophtalmique citée par Raymond et Sérieux (obs. n° 7) réalisait des accès délirants, caractérisés par des frayeurs, des cauchemars, des actes et des discours incohérents.

Une jeune fille, dont Boeteau rapporte l'observation (n° 9), a présenté une phase de dépression mélancolique.

Marie D... (obs. 10, Raymond et Sérieux) a eu trois accès délirants en un an : 1° un accès mélancolique passager ; 2° un accès d'excitation maniaque ; 3° un accès de délire ambitieux.

Vigouroux a observé un accès mélancolique passager chez une Basedowienne (Marie J..., obs. n° 14).

Matt... (obs. n° 22, Plaignard) a des bouffées délirantes de persécution.

Une malade de Jensen (obs. n° 26) présenta, dans l'espace de six mois : 1° un accès de délire mélancolique avec anxiété, agitation, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe ; 2° un accès maniaque, et, enfin, 3° un accès de délire hallucinatoire qui guérit.

Une femme citée par Bœdecker (obs. n° 27) réalisa deux accès mélancoliques et un accès de délire hallucinatoire, qui dura deux mois.

Une autre, du même auteur (obs. n° 28), eut un accès délirant, accompagné de manifestations épileptiques, et un deuxième accès caractérisé par des idées de grandeur avec des hallucinations de l'ouïe.

Une troisième enfin (obs. n° 29), présenta un accès mélancolique avec hallucinations visuelles et auditives

pénibles et idées de suicide. Cet accès fut entrecoupé de bouffées très passagères d'excitation maniaque.

Le malade de Taubmann (obs. n° 25), dont nous connaissons les fugues, avaient des bouffées délirantes accompagnées d'idées de grandeur.

Dans tous ces cas, les délires se sont présentés avec les caractères qu'ils ont chez les dégénérés. Ce sont généralement des poussées de courte durée, variables dans leur forme : il s'agit tantôt d'excitation maniaque, tantôt de dépression. Leur couleur est changeante. Elles sont essentiellement polymorphes. Il s'agit tantôt de vagues idées de grandeur, en rapport avec l'égotisme bien connu de ces malades, tantôt d'idées de persécution ; mais celles-ci ne présentent pas la systématisation qu'elles ont dans le délire chronique de Magnan. Elles sont très passagères, et n'ont rien de la logique presque irréfutable de celles que présentent les persécutés du type Lasègue.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure *que, dans beaucoup de nos observations, les troubles psychiques dépendent exclusivement de la dégénérescence mentale*. La preuve en est fournie par l'étude de l'hérédité, de la constitution psychique, des syndromes épisodiques et des bouffées délirantes de ces malades.

Mais, toutes les manifestations mentales, observées au cours de la maladie de Basedow, ne sont pas justiciables de cette interprétation. Il reste un groupe important de faits, dont nous devons chercher l'explication en dehors de toute association avec la dégénérescence.

D'après Raymond et Sérieux, ce second groupe de faits trouverait sa raison dans la coexistence d'une névrose ou d'une psychose avec la maladie de Basedow.

L'étude des observations précitées nous montre que cette hypothèse semble vérifiée dans un certain nombre de cas. Nous devons rechercher si elle est applicable à tous.

B. — Névroses et maladie de Basedow

Il est fréquent d'observer, chez les exophtalmiques, diverses manifestations névrosiques. La maladie de Basedow s'accompagne souvent d'hystérie, d'épilepsie, de chorée ou de neurasthénie. Quel est le rôle de ces états névropathiques dans la genèse des troubles psychiques basedowiens ? C'est le problème que nous allons maintenant essayer de résoudre en étudiant successivement chacune de ces névroses dans ses rapports avec le goître exophtalmique.

a) Hystérie et maladie de Basedow

L'association fréquente du goître exophtalmique avec l'hystérie a été établie par les premiers auteurs qui ont décrit la maladie de Basedow.

Signalée par Graves, elle a été surtout mise en lumière par Bruck, en 1835.

Chatterton (*Revue des Sciences médicales*, 1874) rapporte l'observation d'une femme de 42 ans, atteinte de goître exophtalmique, et ayant présenté au cours de cette maladie des symptômes d'hystérie, alors qu'elle n'avait jamais eu de troubles de ce genre.

Debove (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 1877) cite le cas d'un homme de 33 ans, n'ayant jamais été malade, et présentant des accidents hystériques développés à la suite d'une émotion intense ; en même temps, apparurent des symptômes de goître exophtalmique.

Un grand nombre de malades, dont nous rapportons plus loin l'observation, présentaient des signes d'hystérie.

Marie J... (obs. n° 14, Aug. Vigouroux) offrait des manifestations hystériques variables (vertiges, hallucinations, diminution du champ visuel).

Mme R... (obs. n° 23, Bidon) est nettement hystérique.

Le malade de Taubmann (obs. n° 25), dont nous rapportons les fugues, présentait de l'hyperesthésie, du dermographisme, des paroxysmes pseudo-angineux, etc.

Boinet (*Revue de Médecine*, 1898 ; Recherches sur le goître exophtalmique) signale un cas d'hystérie avec goître exophtalmique chez une malade, dont l'état mental répondait parfaitement à l'expression de chorée des idées.

Bidon (*in* thèse Plaignard, Montpellier, 1899) cite une observation d'hystérie et de goître exophtalmique chez une arthritique.

C'est surtout Joffroy, qui a essayé d'expliquer beaucoup de phénomènes mentaux basedowiens par l'hystérie.

Il est certain que, dans l'état mental habituel du Basedowien, les différents éléments ne sauraient être rattachés uniquement à la dégénérescence mentale. A celle-ci appartiennent l'instabilité, l'inégal développement des facultés, l'aboulie, mais l'émotivité spéciale de ces malades, leur impressionnabilité, ou, si l'on préfère, leur suggestibilité, semblent plutôt le fait de l'hystérie.

D'autre part, les hallucinations accompagnent rarement les manifestations psychiques de la dégénérescence mentale simple. Par contre, elles sont très fréquentes dans l'hystérie. Or, dans la plupart des observations de goître exophtalmique, elles se présentent avec les caractères en quelque sorte pathognomoniques des perversions sensorielles de la grande névrose.

En effet, il s'agit presque toujours d'hallucinations visuelles et celles-ci se rapportent souvent à des visions

terrifiantes. Leur apparition est tout à fait comparable à celle des hallucinations de l'hystérie : très souvent, un cauchemar effrayant se poursuit après le réveil.

Une observation de Ballet (n° 31) nous fournit un remarquable exemple de ces hallucinations hypnagogiques. Le malade, la nuit, voit ses oncles morts, il voit des juges qu'il a eu réellement sous les yeux au Palais de Justice ; il voit des gendarmes, il entend des cliquetis de sabre. C'est d'abord un rêve, mais le malade s'éveille et il continue à avoir les mêmes apparitions.

Dans certains cas, on observe la réapparition hallucinatoire d'une scène antérieurement vécue par le malade. Là encore, il s'agit de faits absolument superposables à ceux que l'on observe dans l'hystérie.

Une malade de Joffroy (obs. n° 30) avait eu peur d'un chien enragé. Pendant les deux premières années qui ont suivi, elle a souvent revu, dans un rêve pénible, cet animal tel qu'elle l'avait eu sous les yeux une première fois ; puis le cauchemar devint de plus en plus rare et finit par disparaître. A cette période de son existence, la malade était simplement hystérique et ne présentait aucun signe de la maladie de Basedow.

Celle-ci éclate, le rêve reparaît ; mais la vision du chien ne constitue plus un simple cauchemar, elle se continue à l'état de veille sous la forme d'une véritable hallucination.

Raymond et Sérieux (obs. n° 7) ont constaté chez une hystérique atteinte de maladie de Basedow depuis plusieurs années, l'apparition d'un accès délirant caractérisé par des frayeurs, des cauchemars, des actes et des discours incohérents, que ces auteurs ont rattaché à l'hystérie.

Le fait de Teissier (obs. n° 6) s'explique également par l'hystérie ; il s'agissait, on se le rappelle, d'une jeune femme hystérique, atteinte de goître exophtalmique, qui

éprouvait parfois une sensation de boule, sans perte complète de connaissance, mais avec des convulsions cloniques et un besoin violent de mordre les personnes ou les objets qui l'entouraient.

Gilbert Ballet pense que l'hystérie est à l'origine de toutes les hallucinations de la vue observées chez les Basedowiens. Il fait remarquer que ces hallucinations sont très souvent l'occasion de délires (délire de persécution dans le cas qu'il rapporte, obs. n° 31), mais il estime que la seule névrose ne suffit pas à déterminer des idées délirantes. « Pour aboutir à la constitution de ces idées de persécution, dit Ballet, il faut le concours de deux affections souvent associées l'une à l'autre : le goître exophtalmique et l'hystérie. L'hystérie crée l'hallucination, le goître exophtalmique se l'approprie et s'en sert pour réaliser les idées de persécution. »

b) Epilepsie et maladie de Basedow

L'association du goître exophtalmique avec l'épilepsie a été signalée par de nombreux auteurs.

La plupart d'entre eux s'attachent à établir une distinction entre l'épilepsie essentielle existant avec le goître exophtalmique et les crises épileptiformes qui seraient liées à cette maladie.

Il n'entre pas dans le cadre de notre étude de discuter si le syndrome de Basedow peut donner lieu à des phénomènes convulsifs.

Nous ne voulons nous occuper que des rapports de la névrose comitiale avec le goître exophtalmique. Notre but actuel est, en effet :

1° D'établir l'existence de ces rapports ;

2° De rechercher s'ils donnent l'explication de certains troubles psychiques basedowiens.

Gildemeester (cité par Plaignard, thèse, Montpellier, 1899) donne l'observation d'un malade, chez lequel des crises épileptiques, remontant à plusieurs années, auraient disparu au moment où se développa la maladie de Graves.

Delasiauve (*Bull. soc. méd. Hop. de Paris*, 1874) rapporte le cas d'une femme mal pondérée, chez laquelle l'épilepsie était apparue peu de temps avant le goître et avait évolué presque parallèlement. Cette malade présenta un accès mélancolique avec des idées de mort, de ruine, de persécution, des hallucinations effrayantes de la vue.

Ballet (*Revue de médecine*, 1883) cite l'observation d'un jeune homme présentant tous les symptômes du goître ; durant plusieurs années, il avait eu des crises d'épilepsie traitées par le bromure, et qui disparurent à mesure que se développa le goître exophtalmique.

Le même auteur donne l'observation d'un autre malade qui était sujet, depuis l'âge de six ans, à des attaques survenant brusquement, s'accompagnant de pâleur et de perte complète de connaissance. Au régiment, il fut réformé pour épilepsie, et quelque temps après, on trouva chez lui tous les signes physiques de la maladie de Basedow.

Un malade de Séglas (Maladie de Basedow et mélancolie. *Soc. méd. psych.*, juillet 1890) était atteinte de goître exophtalmique, d'épilepsie et de mélancolie.

La conclusion que l'on peut tirer de l'étude de ces observations ne nous paraît pas favorable à l'hypothèse que certains troubles psychiques basedowiens sont de nature épileptique.

En effet, les délires que l'on observe au cours du mal comitial sont de deux ordres : il s'agit tantôt de troubles mentaux nettement en rapport avec l'épilepsie et ayant la valeur de véritables équivalents psychiques : leur évolution se fait sous forme de paroxysmes qui ont la brus-

querie des attaques du mal sacré, s'accompagnent, comme elles, d'obnubilation ou de perte de la conscience, d'amnésie rétrograde et de torpeur consécutive. Tantôt, le délire ne revêt aucun des caractères précédents, et relève uniquement de la dégénérescence mentale qui existe chez la plupart des épileptiques.

Dans l'observation de Delasiauve, l'accès délirant ne présente aucune particularité qui permette de le rattacher au mal comitial. Nous devons donc l'expliquer soit par une prédispositon héréditaire, soit par un rapport d'étroite dépendance avec la maladie de Basedow. Il ne nous paraît pas possible de nous prononcer en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse ; tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que l'épilepsie n'a joué aucun rôle dans la production de ce délire.

La même remarque s'applique à l'observation de Séglas.

c) Chorée et maladie de Basedow

La réalisation d'un syndrome choréique, chez un Basedowien, peut être, soit le résultat de l'association d'une chorée véritable (chorée de Syndenham, chorée de Huntington, etc.), soit la conséquence du goître exophtalmique lui-même ; dans ce dernier cas, il s'agit de mouvements choréiformes symptomatiques de cette affection.

Les observations rapportées par différents auteurs ne permettent malheureusement pas d'établir la nature exacte des syndromes choréiques rencontrés.

Gagnon (Rapports du goître exophtalmique avec la chorée. *Association française pour l'avancement des sciences,* 1876) rapporte cinq cas de chorée au cours de la maladie de Basedow. Il pense que, le plus souvent, il s'agit de phénomènes réflexes, et que l'on ne saurait invoquer l'exis-

tence d'une véritable chorée de Sydenham ; mais son opinion ne s'appuie pas sur des démonstrations très rigoureuses.

Gros (Etude sur le goître exophtalmique, Paris, 1884) donne une observation de ce genre.

Guéneau de Mussy, Raymond et Sérieux, Dieulafoy (obs. n° 36) ont publié des cas de maladie de Basedow, accompagnée de mouvements choréiques et de perturbations mentales allant jusqu'au délire.

Si l'on pouvait affirmer que l'on se trouve en présence de l'association d'une chorée véritable avec le goître exophtalmique, on pourrait rattacher certains troubles psychiques observés, soit à l'état mental habituel des choréiques, soit à la folie choréique elle-même.

Mais si plusieurs auteurs, parmi lesquels Kohler, Mœbius, Dach, croient à l'existence, dans ces cas, d'une vraie chorée ; d'autres sont d'un avis contraire. Dieulafoy, en particulier, pense qu'il s'agit de simples mouvements choréiformes. Il fait très justement remarquer que le goître a toujours précédé l'apparition des mouvements désordonnés.

En conséquence, il nous paraît difficile d'expliquer par une chorée concomitante certains troubles psychiques basedowiens.

d) Neurasthénie et maladie de Basedow

L'association du goître exophtalmique avec la neurasthénie expliquerait, pour beaucoup d'auteurs, et, en particulier, pour Boeteau, certaines des manifestations mentales qui accompagnent cette affection.

Les observations n^{os} 15 et 21, empruntées l'une à Boeteau lui-même, et l'autre à Fabre, de Toulouse, semblent confirmer cette manière de voir.

« La neurasthénie, principalement dans la forme émotive, dit Régis (*Presse médicale*, 3 août 1898) accompagne dans bien des cas le goître exophtalmique, et j'ai constaté, d'autre part, chez bon nombre de neurasthéniques obsédés, que l'affection avait débuté à la puberté par des palpitations, de même qu'elle se compliquait plus tard de gonflement du cou et d'exorbitis, rappelant d'une façon plus ou moins nette les symptômes de la maladie de Basedow. »

Une première conclusion de la discussion qui précède nous paraît pouvoir être dès maintenant formulée.

Il est certain qu'il existe des analogies remarquables entre l'état mental habituel des Basedowiens et celui des dégénérés (qu'il s'agisse de dégénérescence simple ou d'une dégénérescence sur laquelle s'est greffée une névrose).

Il paraît également démontré que beaucoup de troubles psychiques observés au cours du goître exophtalmique s'expliquent, soit par la prédisposition héréditaire, soit par les névroses précitées.

Mais tous les faits que nous avons réunis ne nous paraissent pas susceptibles de cette même interprétation.

En effet, il est des malades chez lesquels on ne trouve aucune trace de dégénérescence mentale, ni aucun symptôme névrosique.

L'exemple le plus remarquable est celui que rapporte Renaut (obs. n° 30). On se rappelle qu'il s'agit d'un délire de persécution passager chez un sujet ne présentant aucun antécédent névropathique.

D'autre part, dans certaines des observations, les troubles psychiques ont apparu consécutivement au goître exophtalmique, ont suivi une évolution parallèle à celle des signes physiques, se sont amendés en même temps qu'eux, et ont présenté de nouveaux paroxysmes à l'occasion d'une recrudescence de la maladie.

Pour ne citer qu'un des cas les plus nets, nous rappellerons la malade de Joffroy (obs. n° 28). Cette femme, hystérique, avait présenté, au moment de la puberté, des cauchemars d'un caractère spécial, dont elle avait parfaitement guéri. L'apparition d'une maladie de Basedow, non seulement ramena ces cauchemars, mais les transforma en hallucinations se produisant à l'état de veille.

Enfin, même chez les dégénérés basedowiens, on note certaines manifestations que l'on rattacherait difficilement à la prédisposition héréditaire ou à une névrose.

Un malade de Soukhanoff (obs. n° 38), héréditaire, a présenté un état confusionnel que l'on ne saurait considérer comme une manifestation de la dégénérescence mentale. En effet, la confusion mentale est, plus volontiers, dans un rapport de dépendance immédiate vis-à-vis des infections, des intoxications ou des troubles de la nutrition.

Les observations de Rendu (n° 23), de Parrhon et Marbe (n° 35) se rapportent à des délires hallucinatoires de type onirique. Or, si ces délires se rencontrent fréquemment dans l'hystérie, ils ne sont pas toujours le fait de cette névrose. Ils relèvent souvent d'une intoxication, que celle-ci soit d'origine externe, ou qu'elle soit d'origine interne.

De la discussion qui précède, nous croyons pouvoir conclure que les troubles psychiques passagers basedowiens forment deux groupes absolument distincts :

1° Certains troubles psychiques dont l'apparition est, du reste, souvent antérieure à celle du goître, s'expliquent par une association morbide (dégénérescence mentale ou névroses) ;

2° Certains autres paraissent étroitement liés à la maladie de Basedow, et doivent être interprétés autrement que par l'hypothèse de l'adjonction d'un état névropathique.

C. — Psychoses et maladie de Basedow

Il nous reste à discuter la question de savoir si les différentes formes d'aliénation mentale observées au cours de la maladie de Basedow, doivent être expliquées par des associations psychosiques, ou par un rapport d'étroite dépendance vis-à-vis du goître exophtalmique.

La première manière de voir est applicable sans conteste à plusieurs observations. On ne saurait invoquer qu'une coïncidence dans le cas de Hirschl, relative à un Basedowien atteint de paralysie générale.

Le malade d'Arnaud, de Vanves, présentait un délire chronique, à évolution systématique, indépendant du goître exophtalmique.

Jung (obs. n° 46) rapporte le cas d'une manie apparaissant au moment où s'amendent les symptômes basedowiens.

Une malade de Joffroy (obs. n° 57) était mélancolique avant de présenter les signes du syndrome de Graves.

Séglas (obs. n° 58) rapporte un fait semblable.

Mme B..., (Mairet, in thèse Plaignard, obs. n° 63) était lypémaniaque un peu avant d'avoir son goître exophtalmique.

Il semble donc établi que l'existence de certaines vésanies accompagnant la maladie de Basedow soit simplement le résultat d'une association morbide.

Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres qui ne paraissent pas devoir être interprétés de la même façon. Il suffit de jeter un coup d'œil sur plusieurs observations pour se rendre compte que l'hypothèse de la coexistence d'une

psychose, totalement indépendante de la maladie de Basedow, ne satisfait aucunement l'esprit.

En effet, chez ces malades, les troubles délirants sont généralement postérieurs à l'apparition du goître exophtalmique, et présentent une évolution parallèle à la sienne.

Le malade de Geigel (obs. n° 40) a présenté un changement de caractère très net au moment où est apparu le syndrome de Graves ; il est devenu instable, ne pouvait tenir en place. Au bout de quelque temps, les symtômes physiques se sont amendés ; on a noté une amélioration parallèle des troubles psychiques. Un peu plus tard, la maladie a réapparu et, presque aussitôt, s'est accompagnée d'accidents maniaques très marqués, avec hallucinations, idées de grandeur et de persécution.

Une jeune fille de 17 ans, observée par Meynert (obs. n° 43), présentait, simultanément, des troubles basedowiens, de l'agitation maniaque et des troubles de la vue.

Robertson (obs. n° 44) rapporte le cas d'une exophtalmique chez laquelle, six mois après l'apparition du goître, s'étaient manifestés en même temps de la manie et des accès épileptiformes.

Les malades de Boettger (obs. n° 43), de Clarke (obs. n° 49) sont devenus maniaques après l'apparition du goître exophtalmique.

Mme G... (obs. n° 50, Johnstone) était Basedowienne avant de présenter l'état d'excitation aiguë, pour laquelle on dut la faire entrer à l'Asile royal d'Edimbourg.

Une malade d'Henry Barton Jacobs (obs. n° 52) avait un goître exophtalmique depuis dix ans, sans en éprouver de la gêne ; elle avait des palpitations, ses yeux étaient un peu brillants ; elle n'avait ni diarrhée, ni polyurie ; au point de vue mental, elle était un peu excitée, mais ces troubles ne l'empêchaient point de vaquer à ses occupa-

tions. Rapidement, les signes physiques de la maladie de Basedow augmentèrent d'intensité ; le goître devint très saillant ; les palpitations, la tachycardie augmentèrent ; la peau éait constamment rouge. En même temps, l'excitation devint de plus en plus marquée ; elle présenta une marche parallèle à celle de l'accélération du pouls, qui monta de 115 à 180 pulsations. L'agitation atteignit alors son maximum ; elle s'accompagnait d'une complète obnubilation intellectuelle ; la mort survint peu de temps après.

Le même parallélisme des troubles psychiques et des signes physiques s'observe encore dans un autre cas du même auteur (obs. n° 53, Henry Barton Jacobs).

Tous ces exemples nous montrent que la manie est souvent étroitement liée au goître exophtalmique. Son apparition précède celle de la maladie ou se fait en même temps ; son évolution est souvent parallèle à celle des troubles physiques ; elle guérit quand ils s'amendent et reparaît quand ils s'aggravent. Il paraît, par conséquent, logique de la considérer, dans ces observations, comme symptomatique de la maladie de Graves.

Un rapport de semblable dépendance paraît exister entre certains cas de lypémanie et le syndrome de Basedow.

Marie M... (Austin, obs. n° 59) avait un goître depuis l'adolescence. Ce goître a augmenté brusquement de volume après trois accouchements, et s'est accompagné de signes basedowiens très nets. En même temps, ont apparu de l'anxiété, des idées tristes, de l'instabilité. Elle criait et gémissait sans cesse, et craignait d'être damnée. Une opération pratiquée sur le corps thyroïde (ponction et énucléation de la poche kystique) fut suivie d'une guérison complète.

Une malade citée par Raymond et Sérieux (obs. n° 69) était atteinte, depuis plusieurs années, de goître exophtalmique, lorsqu'elle présenta un accès mélancolique classique, avec idées de ruine, scrupules et tentatives de suicide.

Soukhanoff (obs. n° 61) rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle l'apparition de la maladie de Basedow coïncida avec une sensation pénible de pression sur la poitrine.

Ultérieurement, son humeur changea ; la malade était anxieuse, pleurait souvent, craignait un malheur.

Cet état présenta des améliorations et des recrudescences. Finalement, les manifestations physiologiques du goître exophtalmique s'aggravèrent ; en même temps, l'instabilité, l'impatience et l'irritabilité s'accrurent ; une mélancolie active se trouva réalisée, qui devenait, par moments très intense et s'accompagnait d'angoisse aiguë. « Cet état d'excitation mentale, dit Soukhanoff, d'alarme et d'extrême sensibilité, donne au caractère de la maladie une empreinte spécifique, que nous pouvons attribuer, peut-être, au goître exophtalmique, à la suite duquel le mal mental s'est déclaré. »

Dans l'observation de Devay (n° 63), l'éclosion de la lypémanie fut probablement postérieure à celle du goître. Les premières manifestations de la maladie de Basedow s'accompagnèrent de troubles digestifs et d'un état d'angoisse, avec tendances syncopales. Tous ces phénomènes s'amendèrent, mais au bout de quelque temps, les signes physiques basedowiens redevinrent plus intenses ; l'angoisse reparut, et, pour la première fois, le sujet présenta de la dépression mélancolique. Un séjour à la montagne amena une légère amélioration des signes physiques, mais l'anxiété s'accrut, les préoccupations hypocondriaques

se développèrent et se compliquèrent d'idées de persécution, avec hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe ; à ce moment, on constata des signes basedowiens très nets. Cet état mental s'améliora parallèlement au goître exophtalmique. Cependant, celui-ci subit une recrudescence momentanée sans que celui-là s'en ressentit. Un traitement thyroïdien débarrassa le malade de toute manifestation basedowienne ; le goître seul persista, mais ne gêna en rien le sujet.

Devay pense qu'il s'agit d'une forme spéciale de l'état mental, propre aux exophtalmiques. D'après lui, la mélancolie comme la manie peuvent être symptomatiques de la maladie de Basedow.

Une malade de Mairet (obs. n° 64), bien que n'ayant ni goître, ni exophtalmie, présentait des troubles (pouls fréquent, tremblements, etc.) qui firent porter le diagnostic de maladie de Basedow. Elle avait eu, en même temps, une aliénation mentale à direction lypémaniaque, avec perversions sensorielles. Au cours de son séjour à l'asile, apparut de l'exophtalmie. On fit des injections de liquide thyroïdien, et, sous leur influence, la lypémanie et la maladie de Basedow guérirent complètement.

Une malade de Dalmas (obs. n° 65) présenta de l'anxiété, de la tristesse peu de temps après le début d'un goître exophtalmique. Elle dut bientôt être internée, et le diagnostic suivant fut porté : maladie anxieuse, avec délire hallucinatoire, idées de culpabilité et impulsions au suicide.

Des alternatives de manie et de mélancolie commencèrent en même temps qu'un goître exophtalmique, chez une malade de Cane (obs. n° 68).

Un mélange d'excitation maniaque et de dépression mélancolique, avec idées mystiqques et idées de persécu-

tion, a été observé par Calman Collins (obs. n° 70), après le début d'une maladie de Basedow.

Il semble donc qu'il existe des formes d'aliénation mentale se rattachant étroitement au syndrome de Graves.

La conclusion de ce paragraphe sera donc que les psychoses, dites basedowiennes, ne sont pas susceptibles d'une interprétation univoque. Beaucoup d'entre elles s'expliquent par des associations morbides, mais un certain nombre sont dans un rapport de dépendance vis-à-vis du goître exophtalmique.

Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur le chapitre entier, nous voyons que l'on peut considérer comme démontrés les deux points suivants :

1° L'état habituel des Basedowiens, les troubles psychiques sont déterminés partiellement par l'association de divers états névropathiques, et relèvent, dans ces cas spéciaux, soit de la dégénérescence mentale, soit de l'adjonction d'une névrose, soit de la coexistence d'une psychose ;

2° Lorsqu'on a soigneusement mis à part les désordres cérébraux susceptibles de recevoir cette interprétation, on constate qu'il reste un certain nombre de manifestations mentales se rattachant étroitement à la maladie de Basedow.

1) L'état mental habituel des Basedowiens comporte des éléments cliniques empruntés à la dégénérescence et à l'hystérie ; mais, il a un caractère spécial qui est propre à la maladie.

2) Beaucoup de troubles mentaux passagers basedowiens sont intimement unis au goître exophtalmique.

3) Un certain nombre de cas d'aliénation mentale, obser-

vés au cours de la maladie de Basedow, doivent lui être rattachés.

Il nous reste à rechercher comment s'explique cette union, et quelle est la nature du lien qui unit ces divers troubles psychiques au goître exophtalmique.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES TROUBLES PSYCHIQUES BASEDOWIENS PROPREMENT DITS

Il existe des troubles psychiques étroitement liés à la maladie de Basedow. Ce point est actuellement démontré par ce qui précède.

Nous devons, maintenant, nous demander quelle est la nature du lien qui les unit au goître exophtalmique, c'est-à-dire essayer d'en déterminer la pathogénie.

Cette pathogénie est difficile à établir.

En effet, la maladie de Basedow ne constitue pas une affection parfaitement définie ; ses véritables causes nous échappent encore ; il semble même qu'on ne soit pas en présence d'une maladie véritable, mais d'un syndrome pouvant se manifester dans des conditions différentes.

Tantôt, apparaissent, en même temps, des troubles circulatoires, des troubles sécrétoires, du tremblement et un goître vasculaire : il s'agit alors de ce qu'on désigne sous le nom de maladie de Basedow proprement dite.

Tantôt, un malade, atteint depuis longtemps d'hypertrophie thyroïdienne simple, présente secondairement des signes de goître exophtalmique : il s'agit alors d'un goître basedowifié.

Cependant, même en s'en tenant à la maladie de Base-

dow proprement dite, on se demande s'il est possible de lui attribuer une pathogénie univoque.

Des théories nombreuses ont été émises ; les unes font jouer le rôle principal au système nerveux, les autres considèrent le goître comme le fait primitif.

Par suite, la nature des troubles psychiques basedowiens peut être expliquée de deux façons différentes, suivant que l'on rattache la maladie de Graves à un trouble nerveux initial ou à une altération primitive du corps thyroïde.

Dans le premier cas, on considère les phénomènes mentaux accompagnant le goître comme faisant partie du tableau clinique d'une névrose spéciale ; dans le second, on admet qu'un trouble sécrétoire tient sous sa dépendance le psychisme des Basedowiens.

Notre discussion comprendra, par suite, deux étapes.

Nous résumerons, d'abord, succinctement les principales théories relatives à la pathogénie du goître exophtalmique, considéré indépendamment de tout désordre cérébral.

Nous rechercherons ensuite si cette interprétation est applicable aux troubles psychiques.

A. — Pathogénie de la maladie de Basedow

a) Théories nerveuses

Pour Charcot et son école, la maladie de Basedow est une névrose.

Ultérieurement, des précisions ont été apportées, et on a considéré cette affection comme une névrose bulbaire. Certains auteurs l'ont même rattachée à des lésions anatomiques du bulbe.

D'après ces théories, les troubles nerveux sont primitifs, tiennent sous leur dépendance l'exophtalmie, le tremblement, les troubles circulatoires et le goître.

Certains auteurs, se basant sur quelques autopsies, ont incriminé une altération primitive du sympathique cervical ; mais les diverses hypothèses échafaudées sur ces constatations anatomiques ont contre elles des notions physiologiques bien établies. Ainsi, d'après Abadie, « tout se passerait comme s'il y avait une excitation permanente des fibres vaso-motrices du sympathique cervical » ; or, l'exophtalmie n'est pas due, comme l'admet cet auteur, à la vaso-dilatation des vaisseaux retro-bulbaires ; la section du sympathique, qui provoque la vaso-dilatation de la tête du côté correspondant, diminue l'exophtalmie au lieu de l'augmenter.

L'hypothèse d'une altération du sympathique cervical a été reprise, récemment, par certains auteurs et, en particulier, par deux Italiens (1).

---

(1) Silvestrini. Di alcune questione relative alla patologia della secrezione interne glandulaire. *Riv. crit. di Clin.* 23 mars 1907.

Meoni. Sull'origine pleuritica di certi casi di morbo di Basedow. *Riv. crit. di Clin.* 22 octobre 1910.

Pour ces derniers, la cause de la maladie de Basedow serait une névrite du sympathique, consécutive à des lésions pleurales.

On peut se demander si, dans les cas qu'ils citent, pleurésie et goître exophtalmique ne sont pas sous la dépendance d'un même processus toxi-infectieux : nous verrons dans un instant que la tuberculose et le rhumatisme articulaire aigu sont fréquents dans les antécédents des Basedowiens ; or, ces deux causes générales se retrouvent le plus souvent dans l'étiologie des pleurésies.

b) Théories humorales

Sous l'influence des nombreux travaux entrepris sur les glandes vasculaires sanguines, les théories humorales tendent, aujourd'hui, à prendre la première place.

Certains auteurs incriminent une exagération des sécrétions thyroïdiennes (hyperthyroïdie).

D'autres invoquent une modification qualitative de cette sécrétion (dysthyroïdie).

D'autres, enfin, font jouer le principal rôle aux parathyroïdes.

Toutes ces théories ont un point commun : elles admettent que l'altération thyroïdienne tient sous sa dépendance tous les troubles observés au cours de la maladie de Basedow.

Le problème se pose alors de la façon suivante : quelle est la cause de cette altération thyroïdienne ?

La plupart des auteurs croient qu'il s'agit, le plus souvent, d'une thyroïdite d'origine infectieuse.

Pour Poncet, la tuberculose serait fréquemment en cause.

Récemment, Vincent a attiré l'attention sur un signe

très fréquent au cours du rhumatisme : c'est le signe thyroïdien, qui consiste essentiellement en un gonflement fluxionnaire du corps thyroïde.

D'autre part, il a montré la similitude de certains symptômes observés au cours du rhumatisme articulaire aigu et de la maladie de Basedow.

Dans un cas comme dans l'autre, on trouve des sueurs abondantes et des troubles circulatoires, avec souffles inorganiques.

En outre, on possède de nombreuses observations de goîtres exophtalmiques, consécutifs à une poussée de rhumatisme aigu.

Une toxi-infection peut donc agir sur un corps thyroïde normal et déterminer un goître exophtalmique.

Cette action s'exercera d'autant mieux qu'une prédisposition locale aura fait de cette glande vasculaire sanguine un lieu de moindre résistance.

Il est donc tout naturel qu'une altération goîtreuse subisse la transformation basedowienne. Dès lors, la distinction que nous avons précédemment établie entre le goître exophtalmique et le goître basedowifié devient moins absolue.

En définitive, les théories actuelles tendent à rattacher le goître exophtalmique à une altération primitive du corps thyroïde, donnant lieu à une intoxication.

L'expérimentation, entre les mains de Ballet et Enriquez (Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, 1895), a donné raison à cette manière de voir.

Ces auteurs, par la greffe, par l'ingestion de corps thyroïdes, ou encore par l'injection d'extraits glycerinés, ont pu reproduire les symptômes de la maladie de Basedow.

D'autre part, une thérapeutique opothérapique mal diri-

gée a causé, dans quelques cas, des troubles basedowiens chez des sujets jusque-là parfaitement indemnes.

Beclère (*in* thèse Dalmas, Paris, 1909) rapporte l'observation d'une myxœdémateuse qui ingéra un seule fois, par erreur, huit lobes de corps thyroïde de mouton. Les symptômes myxœdémateux disparurent après cette seule ingestion, en treize jours. On lui redonna, en une semaine, soixante-douze grammes de glande thyroïde fraîche, et, la semaine suivante, une nouvelle dose de vingt grammes. Bientôt, se produisit de la tachycardie ; on nota de l'élévation thermique, de l'insomnie, de l'agitation, de la polyurie, de l'albuminurie. Une paraplégie incomplète survint. La malade avait des bouffées de chaleur et des sudations exagérées. Elle eut également un léger tremblement du bras et de l'exophtalmie.

Freiherr Von Notthafft (*Centralbl, f. innere Med.*, 16 avril 1828) rapporte l'observation d'un homme de 33 ans, bien portant, qui, pour maigrir, prit des tablettes anglaises de thyroïdine. Il présenta des signes de goître exophtalmique qui disparurent lentement, après la cessation du traitement.

A considérer les faits dans leur ensemble, il semble donc que la maladie de Basedow soit, le plus souvent, constituée par une thyroïdite primitive, se manifestant essentiellement par de l'hyperthyroïdie.

B. — Pathogénie des troubles psychiques Basedowiens proprement dits

L'hyperthyroïdie tient donc sous sa dépendance les manifestations physiques de la maladie de Basedow.

Si, comme nous le pensons, les troubles psychiques qui accompagnent cette affection sont dans un rapport d'étroite dépendance vis-à-vis de celle-ci, la même pathogénie doit leur être applicable.

Deux groupes de faits plaident en faveur de cette manière de voir :

L'apparition accidentelle de troubles mentaux chez des sujets soumis à un traitement thyroïdien ;

Les caractères cliniques des manifestations mentales rapportées dans plusieurs observations.

a) Troubles psychiques par ingestion de corps thyroïdes

On possède des observations de malades, qui, après avoir absorbé des quantités considérables de corps thyroïdes, ont présenté une maladie de Basedow artificielle, accompagnée de délire.

Nous rapportons trois cas très caractéristiques que nous avons trouvés dans la littérature médicale.

Boinet. *Revue Neurologique,* 1899.

Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès

Charles A..., étudiant en pharmacie, âgé de 24 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux. Son père, ingé-

nieur très intelligent, est mort d'une maladie de cœur ; sa mère, ses frères et ses sœurs sont bien portants ; lui-même n'est ni syphilitique, ni alcoolique ; il ne s'est jamais surmené.

La seule affection dont il ait été atteint est une dermatite exfoliatrice généralisée. Les squames étaient larges, épaisses et tombaient en abondance. Cet état inspirait une certaine répulsion à ses camarades ; il était l'objet de quolibets incessants. Je lui conseille de prendre, chaque jour, un corps thyroïde d'un mouton cru, haché en fine pulpe. Sous l'influence de ce traitement, cette dermatite s'améliore assez vite et le malade cesse toute ingestion de corps thyroïde. Au bout d'un an, cette dermatite exfoliatrice reparaît avec une nouvelle intensité. A l'insu de tous, le malade absorbe, trois fois par jour, de deux à trois corps thyroïdes de mouton. Le boucher du quartier lui avait fourni clandestinement, chaque matin, une dizaine de corps thyroïdes environ. Une semaine après le début de cette hyperthyroïdisation, en dehors de toute affection aiguë pouvant donner lieu à du délire, des troubles psychiques intenses éclatent assez brusquement. Il ne peut rester en place ; il change de siège et d'appartement à chaque instant ; il tient ses croisées hermétiquement fermées, dans la crainte que des individus imaginaires ne le voient et ne viennent le trouver ; il se croit poursuivi par les gens qu'il rencontre dans la rue ; il se figure que les passants et ses camarades le ridiculisent et se moquent de lui. il refuse toute boisson, tout aliment ; il se déshabille et essaye de fuir tout nu. On est obligé de le retenir de force, de le barricader dans sa chambre, où il se promène en criant, en menaçant. Parfois, il est agressif, et, lors de ma première visite, il était sur le point de se jeter sur moi. Il parle sans cesse avec incohérence.

Ces troubles psychiques persistèrent 4 ou 5 jours avec cette intensité. Puis le malade devint plus calme ; il se croyait toujours persécuté. Il racontait qu'il aimait une jeune fille dont sa timidité l'éloignait, et me priait, en pleurant, d'aller la demander en mariage. Sa mère affirmait que cette histoire était inventée de toutes pièces.

Cette intoxication thyroïdienne détermina, en outre, un tremblement des doigts, à caractère basedowien très net, de violentes palpitations, une augmentation notable du volume du corps thyroïde. Seule, l'exophtalmie manquait. Ce syndrome basedowien ne s'était manifesté qu'après l'abus du corps thyroïde. Ce malade n'avait jamais habité un pays à goîtres.

Un séjour à la campagne est conseillé ; mais les troubles psychiques basedowiens durèrent encore quelques semaines ; il fuit tout déshabillé, on doit le poursuivre pour l'arrêter, et on est obligé de le faire rentrer malgré lui.

Après un mois et demi de repos, le malade paraît guéri au point de vue mental ; les signes de basedowisme ont disparu simultanément ; une anémie considérable persiste cependant, et l'amélioration coïncide avec une nouvelle poussée de dermatite exfoliatrice. Il absorbe alors, en secret, 6 à 8 corps thyroïdes de mouton par jour. Au bout d'une semaine, sa mère s'aperçoit avec angoisse que les phénomènes psychiques et les troubles basedowiens déjà décrits réapparaissent. Elle met alors le malade dans l'impossibilité de se procurer du corps thyroïde, et l'amélioration survient au bout d'une dizaine de jours.

Le second cas fut observé par Ferranini : une femme de trente ans, à cause d'une obésité, prend, chaque jour, de six à huit tablettes contenant chacune 25 centigram-

mes d'extrait thyroïdien. Sous l'influence de ce traitement, le pouls monta à 100-150 pulsations par minute. Elle eut des tremblements, de la diarrhée, alternant avec la constipation, enfin une confusion mentale hallucinatoire. Le tout disparut par la cessation du traitement.

Parrhon. *Revue neurologique*, 1908.

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, dont le père, qui a absorbé des boissons alcooliques, présente des phénomènes neurasthéniques, surtout des céphalalgies. La mère de la malade est très maigre. Un frère de cette dernière aurait présenté, entre 14 et 17 ans, des attaques identiques à celles dont est atteinte notre malade. Deux autres frères de la malade ne présentent rien d'anormal.

Les attaques dont celle-ci est atteinte auraient débuté vers 10 ans. Elle a été menstruée un an plus tard. En 1906, elle a été opérée pour des végétations adénoïdiennes, ce qui, d'ailleurs, n'a nullement influencé l'évolution ultérieure de sa maladie.

C'est une jeune fille un peu trop développée pour son âge. La menstruation a débuté assez tôt (à 11 ans). Elle dure de 3 à 5 jours, se répétant d'habitude régulièrement, bien que, parfois, elle ne vienne qu'après 5 ou 6 semaines, et d'autres fois après seulement trois semaines.

Elle a été vue par un de nous pour la première fois, il y a à peu près trois ans, et soumise à un traitement bromuré.

Sous l'influence de doses plutôt fortes de bromure, les attaques sont devenues plus rares. En revanche, on remarque que la jeune fille présente une certaine apathie ; elle apprend mal ses leçons, sa mémoire semble diminuer. Mécontents de ces résultats, et, ayant en vue certains trou-

bles, tels que les végétations adénoïdiennes, qui, pour Hertoghe, indiquent une tare hypothyroïdienne, nous décidâmes d'essayer l'opothérapie thyroïdienne. Elle commença ce traitement le 14 septembre, en prenant, chaque jour, une cuillerée à café d'une macération glycerinée de corps thyroïde, dose qui correspond à un gramme de glande fraîche.

Le corps thyroïde, examiné ce même jour, se montre agrandi, mais d'une consistance molle, même flasque ; 90 pulsations par minute.

18 *septembre*. — L'un de nous revoit la malade. Elle a eu, dans l'intervalle du 14 au 18 septembre, sa menstruation, qui n'avait rien présenté d'anormal : 78 pulsation. On augmente la dose de corps thyroïde (2 cuillerées à café par jour).

Vue de nouveau le 23 septembre, par l'un de nous, elle est trouvée amaigrie : 100 pulsations.

28 *septembre*. — Elle est encore plus maigre : 120 pulsations.

1er *octobre*. — Léger mouvement fébrile. Elle a eu une absence, est indisposée. Le pouls est petit et toujours fréquent. On suspend le traitement.

3 *octobre*. — Le malade a beaucoup maigri ; aussi, a-t-on dû rajuster ses habits ; 90 pulsations.

On reprend le traitement, mais avec moins d'une cuillerée à café de macération glycerinée.

8 *octobre*. — 86 pulsations. Elle a un peu engraissé. Ses parents ont remarqué qu'elle est beaucoup plus vive, qu'elle apprend plus facilement, qu'elle est plus active. Sommeil et appétit bons.

17 *octobre*. — 78 pulsations. Etat général bon.

26 *octobre*. — Une absence et deux courts accès convulsifs, dont l'un avec morsure de la langue, et émission de

quelques gouttes d'urine. Elle reprend la dose d'une cuillerée à café par jour, qu'elle supporte maintenant très bien, sans maigrir ou présenter une accélération notable du pouls.

Le traitement est interrompu chaque mois pendant la menstruation.

Sous l'influence de ce traitement, on remarque une diminution assez évidente des accès, dont la durée est plus courte. Avec le traitement bromuré intensif, elle a eu 20 accès dans l'intervalle de 57 jours, tandis que pendant 91 jours de traitement thyroïdien, elle n'a eu que 15 accès. Ceux-ci ont diminué donc de plus de la moitié.

Au mois de mars 1907, après un traitement thyroïdien de près de six mois, on observe certains troubles psychiques. La malade devient d'une humeur inégale ; elle ne veut pas sortir de la maison, certains jours. D'autres fois, elle est indisposée, triste ; de plus, on remarque l'apparition d'un état psychasténique des plus caractéristiques. Elle présente des phobies et des obsessions. Elle a peur qu'on veuille l'empoisonner et, à cause de cela, a peur de manger. Elle a encore l'obsession de la saleté, ce qui l'oblige à laver ses mains avec du savon jusqu'à 40 fois et même plus, par jour. Elle se demande, avec anxiété, si telle ou telle de ses connaissances a encore un cœur dans son corps ou non, et demande ces choses à sa mère. De plus, elle est obsédée par l'idée qu'elle n'aime plus cette dernière, et sent le besoin de le lui dire, et quand la malheureuse mère lui demande pourquoi elle ne se tait pas, la malade répond qu'elle se sent soulagée en le lui faisant connaître.

C'est la détente caractéristique de l'état anxieux qui accompagne toutes les obsessions.

Le 28 avril, on suspend le traitement thyroïdien pendant

cinq semaines, et on soumet seulement la malade à un traitement par les bains tièdes.

Tous les troubles psychiques disparaissent, et la malade rit elle-même du fait qu'elle pouvait être tourmentée de « pareilles sottises » (*sic*).

Mais le 8 juin, on recommença le traitement thyroïdien avec une demi-cuillerée à café chaque jour, et après quelques jours, les idées obsédantes recommencent. La malade se lave de nouveau continuellement et présente les idées semblables à celles citées plus haut.

Pourtant ces troubles sont moins intenses que la première fois.

C'est dans cet état que l'un de nous l'a trouvée, le 24 juin, quand il l'a vue pour la dernière fois. La mère de la malade demande d'elle-même s'il n'existe pas un rapport entre les troubles psychiques de la malade et le traitement thyroïdien, car ces troubles ont recommencé quelques jours après la reprise du traitement.

En résumé, il s'agit d'une jeune fille ayant une certaine prédisposition héréditaire, et qui, au cours d'un traitement thyroïdien a vu apparaître un état psychasténique des plus caractéristiques, qui disparaît par la cessation du traitement thyroïdien et qui réapparaît avec la reprise de celui-ci.

Ces observations sont tout à fait démonstratives. Dans chacune d'elles, les troubles psychiques et les signes du goitre exophtalmique ont présenté un développement parallèle à l'intensité de l'intoxication thyroïdienne.

D'autre part, nous voyons que cette intoxication réalise : 1° un état mental semblable à l'état mental habituel des Basedowiens ;

2° des troubles psychiques analogues à certaines mani-

festations délirantes cités dans les observations de notre première partie.

1° Ce qui frappe, c'est le développement d'une instabilité considérable ; les malades ne peuvent tenir en place. L'un d'eux change de siège et d'appartement à chaque instant.

La malade de Parrhon devient d'un humeur inégale, présente des phobies et des obsessions.

2° Lorsque l'intoxication est plus forte, un délire apparaît.

Dans la première observation, il s'agit d'un délire de persécution avec agitation maniaque ; dans la deuxième, il s'agit d'un état confusionnel. Dans la troisième, on note un état psychasténique, disparaissant avec la cessation du traitement et revenant lorsqu'il est repris.

b) Certaines manifestations mentales basedowiennes présentent les caractères des troubles psychiques dus à des intoxications

Les caractères cliniques des troubles psychiques de plusieurs observations peuvent être facilement rattachés à des phénomènes d'intoxication.

Si nous essayons de grouper les faits dont nous disposons, nous voyons qu'ils peuvent être rangés en trois catégories. Nous devons envisager :

1° L'état mental des Basedowiens ;

2° Les états confusionnels qu'ils présentent avec ou sans hallucinations ;

3° Leurs psychoses à forme maniaque ou à forme dépressive.

1° *Pathogénie de l'état mental habituel.*

Si nous nous reportons à l'étude que nous avons faite de l'état mental des Basedowiens, nous voyons que, chez beaucoup d'entre eux, domine un état d'agitation un peu particulier, portant au maximum leur instabilité, leur

émotivité et leur irritabilité. Leur imagination est vive, les idées se succèdent chez eux avec rapidité (chorée des idées) ; ils parlent avec volubilité.

Il s'agit là, nous semble-t-il, de manifestations dues à un fonctionnement exagéré du corps thyroïde ; nous sommes en présence de troubles nettement hyperthyroïdiens.

Nous avons vu, en effet, que l'apparition de ces phénomènes d'excitation générale pouvait être déterminée expérimentalement par l'ingestion de la glande.

Mais, à côté de ces malades chez lesquels domine l'exaltation, il en est d'autres qui présentent une paresse intellectuelle considérable, un affaiblissement de la mémoire, une apathie générale, une aboulie complète.

Il est évident que nous ne sommes plus en présence de manifestations liées à de l'hyperthyroïdie. On est frappé de leur ressemblance avec les troubles psychiques observés au cours du myxœdème.

Nous sommes donc amené à admettre que, si l'état mental de certains Basedowiens paraît dépendre d'une exagération de la sécrétion thyroïdienne, l'état mental de certains autres est plutôt en rapport avec une hypothyroïdie.

Mais les phénomènes d'excitation et de torpeur cérébrale ne s'observent pas toujours chez des individus différents ; on les voit souvent alterner chez un même sujet, et parfois on les trouve mélangés de façon très variable.

Nous sommes alors en présence de troubles qui ont été particulièrement bien décrits par Léopold Lévi et Henri de Rotschild sous le nom d'*instabilité thyroïdienne*. Celle-ci est caractérisée par des déviations de la sécrétion thyroïdienne en des sens différents.

Nous trouvons donc, à l'origine de l'état mental des

Basedowiens, tous les troubles sécrétoires que peut présenter le corps thyroïde : hyperthyroïdie, hypothyroïdie et instabilité thyroïdienne.

2° *Pathogénie des troubles mentaux passagers.*

Si nous envisageons les états confusionnels, certains délires variables et la plupart des hallucinations qui accompagnent la maladie de Basedow, nous voyons que tous ces troubles psychiques paraissent se rattacher à des intoxications.

Nous savons, par les observations de Boinet et de Ferranini, que l'hyperthyroïdie peut déterminer des accès de confusion mentale ; il nous paraît logique de rapporter à un trouble sécrétoire thyroïdien les états confusionnels que nous avons signalés au cours de notre travail.

Dans tous les cas, ils ont apparu consécutivement au goître exophtalmique, et ont coïncidé avec les périodes d'intensité maxima du syndrome.

La malade de Soukhanoff (obs. n° 38) a présenté un embrouillement intellectuel d'autant plus intense que les signes physiques du goître exophtalmique étaient plus accusés.

Les hallucinations que nous observons chez beaucoup de malades étudiés ne semblent pas, ainsi que le voudraient Joffroy et Gilbert Ballet, dépendre de l'association de l'hystérie avec la maladie de Basedow. Sans doute, ces hallucinations sont souvent, comme dans la grande névrose, des hallucinations visuelles, elles revêtent le type onirique et se présentent parfois sous forme de visions terrifiantes, se rapportant à un événement antérieur et le représentant très fidèlement ; mais, on sait que des hallucinations de ce genre s'observent fréquemment au cours de diverses intoxications.

Colin a montré, dans sa thèse, l'analogie qui existe entre les hallucinations hystériques et les hallucinations alcoo-

liques au point de vue symptomatique. De même, une auto-intoxication peut donner lieu à des troubles psychiques, essentiellement caractérisés par un délire de rêve accompagné d'hallucinations.

« Les délires toxi-infectieux, dit Régis, naissent la nuit, dans l'état hypnagogique ; ils sont constitués par des associations automatiques et hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, et, lorsque, à un degré plus marqué, ils persistent le jour, c'est par une sorte de continuation du rêve délirant qui s'est prolongé après un réveil resté incomplet. Il n'est donc pas sans intérêt de faire remarquer que ce caractère onirique, ou de rêve, des délires toxi-infectieux les rapprochent encore davantage du délire alcoolique. »

Enfin, l'apparition d'un goître exophtalmique est souvent suivie de troubles hallucinatoires que l'hystérie seule ne peut provoquer.

On se souvient que la malade de Joffroy (obs. n° 30) avait eu, bien avant son goître exophtalmique, des cauchemars liés à la peur d'un chien enragé. Elle était guérie, lorsque survint la maladie de Basedow. Bientôt après, la vision terrifiante se reproduisit, mais elle n'apparaissait plus simplement pendant le sommeil : elle se manifestait à l'état de veille, sous forme d'hallucination véritable.

D'après Régis, les troubles qui traduisent l'intoxication thyroïdienne revêtent généralement la forme d'un accès de confusion mentale. Cet accès, caractérisé par de l'embrouillement intellectuel, s'accompagne le plus souvent d'alternatives d'agitation et de dépression et d'un délire hallucinatoire de type onirique. « Les éléments les plus fréquents de ces délires hallucinatoires, dit Dalmas, sont des idées mystiques, érotiques, de persécution (de vol, de fausse grossesse, d'empoisonnement, des hallucinations

contemplatives, extatiques, professionnelles, zoopsiques, terrifiantes, génitales). Ces accès sont habituellement passagers, comme tous les accès de psychoses toxiques, et ils disparaissent au bout de quelques jours ou de quelques semaines. »

Beaucoup de malades dont nous avons donné l'observation rentrent dans ce cadre.

Le malade de Soukhanoff (obs. n° 38) avait surtout de l'embrouillement intellectuel avec incohérence et dépression habituelle, faisant place, à de rares intervalles, à de l'excitabilité.

Un autre, observé par Ballet (obs. n° 31), avait des idées de persécution et des hallucinations de la vue de type onirique.

Nous rappelons les observations de Rendu (n° 33) et de Brunet (n° 34), qui offrent divers types d'hallucinations.

La malade de Parrhon et Marbe (obs. n° 35) avait des hallucinations visuelles terrifiantes, accompagnant des rêves pénibles. Un jour, en retournant chez elle, elle eut la sensation que sa tête était vide, que son corps était mou, elle ne le sentait plus.

G... Joséphine (obs. n° 37, Dalmas) eut une période de confusion mentale, caractérisée par un délire onirique intense, et présenta ensuite des idées de persécution nées des perversions sensorielles.

Dieulafoy (obs. n° 36) publie le cas d'une Basedowienne, non hystérique, qui avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ces hallucinations lui causaient des terreurs continuelles et entretenaient des idées de persécution.

Chez tous ces malades, on observe la succession de phénomènes d'excitation générale et d'ensommeillement intellectuel.

C'est ainsi que le jeune homme observé par Soukhanoff

était habituellement déprimé, mais lorsqu'il entrait en conversation, sa parole était rapide, incohérente. Il présentait alors une grande agitation.

Si l'ensemble de ces faits se rattache, comme le démontre notre étude, à des troubles sécrétoires thyroïdiens, il semble que l'on doive les expliquer, non par une exagération de ces sécrétions, mais par leur irrégularité.

Dans la production de ces troubles, comme dans la réalisation de l'état mental habituel du Basedowien, le rôle principal nous paraît appartenir bien moins à l'hyperthyroïdie pure qu'à l'instabilité thyroïdienne.

3° *Pathogénie des vésanies.*

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'un certain nombre de vésanies observées au cours de la maladie de Basedow trouvaient leur application dans l'association d'une aliénation mentale absolument indépendante du goître exophtalmique ; mais, à côté d'elles, nous en avons rencontré beaucoup qui paraissent se rattacher étroitement à cette maladie.

Nous devons essayer de donner la raison de cette union intime.

Nous ferons une première remarque.

Plusieurs de nos observations se rapportent exclusivement à des états d'agitation maniaque ou à des états de dépression mélancolique. Or, nous savons que l'état mental habituel du Basedowien comporte : soit une exaltation des facultés intellectuelles, soit, au contraire, une sorte d'ensommeillement de ces facultés. Pourquoi, dès lors, ne pas voir dans les désordres cérébraux précités une exagération de l'une ou de l'autre forme de la constitution psychique de ces malades.

Nous avons établi, dans un précédent paragraphe, que

cette constitution psychique, tout en empruntant des éléments cliniques à la dégénérescence et à l'hystérie, paraît dépendre, en grande partie, des troubles de la sécrétion thyroïdienne et relever tantôt de l'hyperthyroïdie, tantôt de l'hypothyroïdie, tantôt, enfin, de l'instabilité thyroïdienne.

Il est donc logique de penser que des troubles sécrétoires thyroïdiens de même ordre sont à la base des vésanies basedowiennes.

Qu'il s'agisse d'aliénations mentales à forme maniaque ou à forme dépressive, nous notons qu'elles se présentent avec des caractères qui sont bien ceux des intoxications.

Il suffit de parcourir les observations pour se rendre compte que, dans beaucoup de cas, on trouve des phénomènes confusionnels, des hallucinations nombreuses, des délires variables avec idées de persécution et de grandeur.

Ces vésanies ne diffèrent donc que par leur durée des manifestations passagères étudiées dans un paragraphe précédent.

Cependant, un certain nombre d'entre elles présentent un caractère spécial qui doit les faire classer à part. Nous avons particulièrement en vue les trois observations de Dalmas (nos 65, 66 et 67) se rapportant à des lypémanies survenues, au moment de la ménopause, chez des Basedowiennes. On peut, avec cet auteur, admettre qu'il existe entre l'ovaire et le corps thyroïde un antagonisme fonctionnel qui a pour effet, au moment de la suppression de la fonction ovarienne, d'exalter la fonction thyroïdienne.

Il nous semble plus logique d'admettre que l'on est en présence d'une intoxication complexe liée à des troubles sécrétoires des deux glandes.

Cette réserve faite au sujet de ces trois cas, nous pensons que les vésanies basedowiennes proprement dites

s'expliquent par des modifications du fonctionnement du corps thyroïde.

Il nous reste à rechercher quelle est la modalité des troubles sécrétoires le plus fréquemment observée.

On peut admettre que, dans leur ensemble, les cas d'excitation maniaque répondent à de l'hyperthyroïdie, et les cas de dépression mélancolique à de l'hypothyroïdie.

Cependant, une étude plus attentive montre que si, dans les vésanies basedowiennes, l'un de ces deux états paraît toujours dominer ; il s'accompagne souvent de manifestations du type opposé. Nous n'en voulons pour exemple qu'une observation de Soukhanoff (n° 61).

La malade qui en fait l'objet présentait un état mélancolique avec de l'hypocondrie et de l'inquiétude accompagnant une agitation mentale perpétuelle.

L'auteur, nous l'avons vu, considère que cette réunion de symptômes opposés donne au tableau clinique de la maladie une empreinte spécifique.

Dès lors, les hypothèses d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie ne nous paraissent vérifiées *complètement* dans aucun cas, et nous sommes amené à conclure que, dans la pathogénie des troubles psychiques basedowiens, le principal rôle appartient à l'instabilité thyroïdienne.

CONCLUSIONS

I. Les troubles psychiques observés chez les Basedowiens peuvent être classés en trois groupes cliniques principaux, suivant que l'on envisage l'état mental habituel de ces malades, les délires de courte durée ou les vésanies qu'ils présentent.

II. Ces troubles ne sont pas susceptibles d'une interprétation unique. Il y a lieu d'en opérer le démembrement.

Ils se divisent en deux catégories absolument distinctes au point de vue pathogénique.

A. La première de ces catégories renferme des éléments disparates. Elle comprend toutes les manifestations mentales dues à des associations morbides de diverse nature.

On se trouve en présence de troubles dépendant :

Tantôt de la dégénérescence mentale ;

Tantôt d'une névrose et plus particulièrement de l'hystérie ;

Tantôt d'une psychose surajoutée.

Certaines de ces coïncidences sont purement fortuites (délire chronique de Magnan, paralysie générale, etc.), mais la plupart s'expliquent par ce fait, que la dégénérescence mentale offre un terrain essentiellement favorable à l'éclosion de la maladie de Basedow.

B. La deuxième catégorie comprend des faits homogènes. Il s'agit de troubles psychiques étroitement liés au goître exophtalmique, subordonnés à son apparition, et évoluant parallèlement à ses manifestations.

a) Les uns se révèlent dans la constitution psychique des malades. Celle-ci, tout en empruntant des éléments cliniques à la dégénérescence mentale et à l'hystérie, présente un aspect spécial qui paraît tenir à la nature même de la maladie.

b) Les autres revêtent le plus souvent la forme de délires hallucinatoires passagers ou de vésanies donnant lieu à deux types principaux, suivant qu'il y a excitation générale ou dépression.

C. Ces derniers troubles psychiques, que nous appelons troubles psychiques basedowiens proprement dits, s'expliquent par un fonctionnement défectueux de la glande thyroïde. Ils présentent tous les caractères des désordres mentaux, dus à des intoxications. La confusion mentale, avec délires hallucinatoires oniriques, s'accompagnant d'agitation ou de dépression, constitue leur fond commun.

Il s'agit, dans quelques cas, d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie, mais le plus souvent, c'est l'instabilité thyroïdienne qui en est cause.

a) L'hyperthyroïdie tient sous sa dépendance l'agitation, l'instabilité, l'émotivité, l'irritabilité que l'on observe chez certains malades.

b) La torpeur cérébrale, l'affaiblissement de la mémoire, l'apathie, l'aboulie, la dépression que l'on observe chez certains autres, sont en rapport avec l'hypothyroïdie.

c) Enfin le mélange ou l'alternance de ces troubles psychiques opposés relèvent de l'instabilité thyroïdienne.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Pathogénie et traitement du goître exophtalmique. Presse médicale, 3 mars 1898.

Austin. — Troubles psychiques d'origine thyroïdienne. Thèse de Lyon, 1896-97.

Ball. — Leçons sur les maladies mentales. 1890.

Ballet. — Des idées de persécutions dans le goître exophtalmique. — Soc. méd. Hôp., 1890.

Ballet et Enriquez. — Congrès des aliénistes et des neurologistes. Bordeaux, 1895.

Ballet. — De quelques troubles du système nerveux central observés chez des malades atteints de goître exophtalmique. Revue de médecine, 1883.

Béclère. — Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow. Soc. méd. des Hôp. 1896.

Boeteau. — Des troubles psychiques dans le goître exophtalmique. Thèse de Paris, 1892.

Bœttger. — Un cas de maladie de Basedow compliquée de folie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychich gerichtliche Medicin. Berlin 1877.

Bœdecker. — Etude clinique sur les troubles mentaux dans le cours de la maladie de Basedow. Annales de la Charité, 1889.

Boinet. — Recherches sur le goître exophtalmique. Revue de médecine, 1898.

Brunet. — Dégénérescence mentale et goître exophtalmique. Thèse de Paris, 1893.

Calman-Collins. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. The Lancet, 1887.

Cane. — The Lancet, 1877.

Charcot. — Leçons du mardi, 1888-89.

Chatterton. — Revue des sciences médicales, 1874.

Clarke. — Folie et goître exophtalmique. American journal of insanity. Avril 1889.

Colin. — L'état mental des hystériques. Thèse de Paris, 1833.

Dalmas. — Troubles psychiques dans le goître exophtalmique. Thèse de Paris, 1889.

Debove. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1887.

Devay. — Goître exophtalmique avec mélancolie anxieuse guéri par l'opothérapie thyroïdienne. Archives de neurologie, 1897.

Delasiauve. — Bulletin de la soc. médicale des Hôp. de Paris, 1874.

Dieulafoy. — Uu cas de maladie de Basedow. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1896-1897.

Enriquez. — Goître expérimental par injection sous-cutanée d'extrait thyroïdien. Société médicale des hôp. 1874.

Eulenburg. — Pathogénie et traitement du goître exophtalmique. Rapport au congrès international de neur. et de psych. Bruxelles, 1898.

Fabre. — Thèse de Toulouse, 1895.

Ferranini. — Psychose toxique par abus de thyroïdine. La riforma medica, 7 décembre 1899.

Gagnon. — Rapports du goître exophtalmique avec la chorée. Association française pour l'avancement des sciences, 1876.

Geigel. — La maladie de Basedow. Wurzbürger medicinische Zeitschrift, 1866.

Guidenberg. — Messager de psychiàtrie et de neur. du Doct. Mierjewski, 1893.

Hirschl. — 43 cas de psychoses dans le cours de la maladie de Basedow. Jahrbücher für Psychiatrie, 1893.

Jacquin. — Etude critique des rapports du goître exophtalmique et de l'aliénation mentale. Thèse de Montpellier, 90-91.

Jensen. — Un cas de maladie de Basedow compliqué de folie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877.

Joffroy. — Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow. Société médicale des hôpitaux, 11 avril 1890.

— Des rapports de la folie et de la maladie de Basedow. Annales médico-psychologiques, 1890.

— Nature et traitement de la maladie de Basedow. Progrès médical, 1893.

Johnstone. — Goître exophtalmique avec manie. Journal of mental science, 1884.

Jung. — Allg. Zeitsch. für Psychiatrie, 1881.

Henry Barton Jacobs (de Baltimore). — Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves. American medical journal of insanity, juillet 1898.

Laehr. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1871.

Landouzy — Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1886.

Léopold Lévi. — Les petits signes de l'insuffisance thyroïdienne. Gazette des hôp., 28 juillet 1907.

Léopold Lévi et Henri de Rotschild. — Nouvelles études sur la physiopathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines. Octave Doin et fils, 1911.

Martin. — Les troubles psychiques dans la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1890.

Maude. — British medical journal, 1895.

Meoni. — Sull' origine pleuritica di certi casi di morbe di Basedow. Riv. crit. di clin. med. 22 oct. 1910.

Meynert. — Psychiatr. central. Vienne, 1871. Maladie de Basedow. Folie concomitante. Annales médico-psychologiques, 1876.

Morel Mackensie. — On Graves'disease with insanity. Transaction of the Clinic Society, London, 1868

Mouriquand et Bouchut. — Rhumatisme et maladie de Basedow. Soc. méd. Hôp. 22 décembre 1907.

Nœtel. — Goître exophtalmique et aliénation mentale. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877.

Parrhon. — Revue neurologique, 1908.

Parrhon et Marbe. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow. L'encéphale, 1906, n° 6.

Paul. — Berlin Klinische Wochenschrift, 1865.

Peter. — Le goître exophtalmique. Bulletin médical, 23 avril 1890.

Plaignard. — L'état mental dans le goître exophtalmique. Thèse de Montpellier, 1899.

Raymond. — Maladie de Basedow et folie chez une jeune fille de 19 ans. Bull. méd., 31 mai 1902.

— Journal de médecine interne, 1902.

Raymond et Sérieux. — Goître exophtalmique et dégénérescence mentale. Revue de médecine, 1892.

Reymond. — Contribution à l'étude du goître exophtalmique. Thèse de Montpellier, 1895.

Rendu. — Article goître exophtalmique. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Renaut. — Observations pour servir à l'histoire des troubles cérébraux dans la maladie de Basedow. Société médicale des hôpitaux, 28 mars 1890.

Régis. — Précis de Psychiâtrie.

— Notes sur le délire d'auto-intoxication et d'infection.

Rivalier. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1889.

Robertson. — On Graves'disease with insanity. Journal of mental science, janvier 1875.

Russel Reynolds. — Contribution à l'étude du goître exophtalmique. The Lancet, 17 mai 1890.

Savage. — Guy's hospital reports, 1882.

Séglas. — Maladie de Basedow et mélancolie. Annales médico-psychologiques, 1890.

Sérieux. — Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. Thèse de Paris, 1888.

Silvestrini. — Di alcune questione relative alla patologia delle secrezione interne glandulaire. Riv crit. di Clin. med. 23 mars 1907.

Solbrig. — Virchow Hirsch, 1870.

Soukhanoff. — Des troubles mentaux dans le goître exophtalmique. Revue neurologique, 1896.

Taubmann. — Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow. Thèse de Paris, 1903.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Vigouroux. — Progrès médical, 1888.

— Gazette médicale des hôpitaux, décembre 1891.

Vincent. — Rapports de la maladie de Basedow avec le rhumatisme articulaire aigu. Soc. méd. Hôp., 22 nov. 1907.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 février 1912
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 février 1912.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE. — FAITS CLINIQUES

CHAPITRE PREMIER. — ETAT MENTAL HABITUEL DES BASEDOWIENS 9

A. — Intelligence 10
B. — Sensibilité 11
C. — Activité volontaire 12

CHAPITRE II. — TROUBLES MENTAUX PASSAGERS CHEZ LES BASEDOWIENS 15

A. — Syndromes épisodiques 17
B. — Hallucinations et délires passagers 64
C. — Etats confusionnels 82

CHAPITRE III. — ALIÉNATION MENTALE ET MALADIE DE BASEDOW. 93

A. — Maladie de Basedow et aliénation mentale à forme maniaque 95
B. — Maladie de Basedow et aliénation mentale à forme dépressive 106
C. — Maladie de Basedow et aliénation mentale caractérisée par des alternatives d'excitation et de dépression 128

DEUXIÈME PARTIE. — Etude Pathogénique

Pages

CHAPITRE PREMIER.— Démembrement des troubles psychiques basedowiens 131

A. — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow.... 134

a) Etat mental habituel du Basedowien 134
b) Troubles délirants passagers 135

1°) Hérédité des Basedowiens 135
2°) Stigmates physiques de dégénérescence 142
3°) Caractéres cliniques des troubles psychiques 143

I. Etat mental habituel 143
II. Syndromes épisodiques 145
III. Bouffées délirantes 147

B. — Névroses et maladies de Basedow 150

a) Hystérie 150
b) Epilepsie 153
c) Chorée 155
d) Neurasthénie 156

C. — Psychoses et maladie de Basedow 159

CHAPITRE II. — Pathogénie des troubles psychiques basedowiens proprement dits 166

A. — Pathogénie de la maladie de Basedow 168

a) Théories nerveuses 168
b) Théories humorales 169

B. — Pathogénie des troubles psychiques 172

a) Troubles psychiques par ingestion de corps thyroïdes 172
b) Les troubles psychiques basedowiens s'expliquent par une intoxication thyroïdienne 179

Pages

1°) Pathogénie de l'état mental habituel..... 179
2°) Pathogénie des troubles mentaux passagers..... 181
3°) Pathogénie des vésanies 184

Conclusions..... 187

Bibliographie..... 189

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !